Psicología Médica (PIV-103)

V. A-302

Temas:

1.-**Introducción a la psicología médica** (libro Psicología Médica cap. 1).

2.-**Ciclo vital** (libro Psiquiatría cap. 2).

3.-**Agresividad** (libro Psicología Médica cap. 14).

4.-**Afectividad** (libro Psicología Médica cap. 17).

5.-**Sexualidad** (libro Psiquiatría cap. 8).

6.-**Estrés y salud** (libro Psicología de la Salud y Calidad de Vida cap. 8).

7.-**Manejo de enfermedades crónicas y terminales** (libro Psicología de la Salud y Calidad de Vida cap. 9).

8.-**Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida** (libro Psicología de la Salud y Calidad de Vida cap. 10).

9.-**Enfermedades psicosomáticas** (libro Psiquiatría cap. 26).

10.-**Psicoterapía** (libro Psiquiatría cap. 37 y 38).

Libros

1.-Alonso, Medina y Rubio. **Psicología Médica**. --------Temas 1, 3 y 4
2.-Toro y Yepes. **Psiquiatría**.------------Temas 2, 5, 9 y 10
3.-Oblitas. **Psicología de la Salud y Calidad de Vida**. ------Temas 6, 7 y 8

Evaluación		
	Participación, asistencia y tareas semanales	10
	Primer examen parcial	20
	Segundo Examen parcial	20
	Examen final	35
	Exposición	15
Total		100

1

LA PSICOLOGIA MEDICA: INTRODUCCION

PEDRO RIDRUEJO ALONSO

1. EL MARCO DE UNA VOCACION PSICOMEDICA

Hay una necesidad que parece obligado satisfacer en el comienzo de toda empresa humana y, desde luego, en toda empresa intelectual. La podríamos considerar una necesidad de orientación, cuyo ajuste exige situar nuestra obra y nuestro cometido en un horizonte de justificación. La Psicología Médica, como un desarrollo disciplinario y como una forma de colaborar en la hechura de una Medicina integral, ha de tener previsto un razonable marco de asentamiento. Lo glosaremos en su ubicación como asignatura dentro del ciclo preclínico de los estudios de Medicina y lo debatiremos en la asignación que le corresponde dentro de una Medicina mental.

En los tres primeros cursos correspondientes a la licenciatura de Medicina, debe abordarse el estudio de los aspectos morfológicos, fisiológicos y de comportamiento que caracterizan la estructura y la función del organismo humano. En cada uno de esos niveles se recorren los contenidos propios de cada área, como son, dentro del ámbito morfológico, los peculiares de la Histología y la Anatomía, o, en la segunda de ellas, los de la Bioquímica y Fisiología, dejando para el orden comportamental los aspectos de funcionamiento psíquico, normal y patológico, y los medios generales para su examen.

Entre estos tres estudios, se desarrolla un sinfín de conexiones, dentro de las que destacan, en lo que a nosotros respecta, las que vinculan la anatomía del sistema nervioso con las bases neurológicas del comportamiento, o las que establecen el nexo entre la fisiología neuroinmunoendocrina y la psicología de la emoción, del estrés y las motivaciones somáticas. Parece, pues, necesario advertir, desde este comienzo de curso, que la asignatura que vamos a desarrollar es uno de los enclaves imprescindibles para el estudio biocomportamental del individuo, del que no podríamos en modo alguno prescindir.

Pero este enclave que constituye la Psicología Médica, como los del resto de las disciplinas que prestan su servicio a la formación básica del médico, ha de comportar, además un entendimiento de la Ciencia Médica como conjugación de vertientes orgánicas, psicológicas y sociales, imprescindible para que la Medicina elabore su discurso sobre la salud y la enfermedad. Lo que equivale a instalarse en el horizonte de una auténtica Medicina integral.

1.1. Aportaciones psicológicas a la Medicina

La contribución que, con nuestra asignatura hemos de hacer, tanto a la Medicina en general como a aquella otra de signo mental, se articula en base a dos argumentos dignos de comentario. Se hace cargo el primero, de una reclamación, largamente esgrimida, contra la orientación reduccionista de lo clínico al nivel de lo físico-químico. Es la que invoca Rof Carballo (1984) cuando denuncia la insuficiencia que entraña la visión del organismo humano como «una máquina de sutiles engranajes que se prolongan hasta las entrañas bioquímicas de la célula», sin pensar en el «exceso» que supone toda antropología, sin la que no cabe, propiamente, una Medicina plena, ya que la propia Biología «tiene venganzas para los que olvidan su infinita complejidad», cosa que sucede con frecuencia. O aquel otro equivalente que de manera brillante propone Rojo Sierra (1978) cuando se pregunta: «¿Por qué una alteración anatomofisiológica levísima produce en unos individuos graves síntomas subjetivos, mientras que esas mismas alteraciones, o más intensas, no provocan en otros pacientes molestia alguna?». A la que él mismo se responde en estos términos: «Porque el agente nocivo, aun disponiendo de la misma fuerza morbígena y actuando de igual forma patodinámica-biológica, no incide solamente en una estructura somática... sino que incide en algo más complejo: un individuo que, además de su complexión corpórea, tiene una estructura psíquica y existencial».

Pero dentro de esta primera reclamación y recurriendo a testimonios históricos muy cercanos, el análisis de las bases y desarrollo de la Medicina actual, tal y como nos la presenta Laín (1989), no puede por menos de acreditar el hecho de que el planteamiento de las Ciencias médicas, que predomina desde el fin de la primera guerra mundial y llega a nuestros días, implica una apelación al conocimiento científico del hombre entero, en el que se encuentran solidariamente unidos una profundización en la Anatomía descriptiva, en la Fisiología y en la Psicología, puesto que el conocimiento científico de la enfermedad no es tan sólo el de un desorden orgánico, sino el de un modo de vivir. Y además porque la praxis médica en todas y cada una de sus operaciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas necesita echar mano de aquéllas. De muchas maneras y con variados argumentos, podríamos hacer una llamada que defienda una Medicina integral, pero quizás nada mejor que hacerlo con la bandera del modelo propio de la biopsicosocialidad, al que se ha referido Engel (1977), para reconocer la presencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el enfermar y en el sanar humano. Las implicaciones pluralistas que tiene este modelo, sus interacciones, su forma de concebir la emergencia de nuevos fenómenos a partir de las combinaciones de causas diversas, el carácter holista que lo envuelve y la aceptación de lo evolutivo como determinante del crecimiento del sistema, laten debajo de ese intento paradigmático de concebir una Medicina propia de nuestro tiempo y abierta, desde luego, hacia el futuro.

El segundo argumento que justifica la presencia de una Psicología Médica en el ámbito de la Medicina, se deriva de la vinculación intrínseca y particular que tiene el psiquismo con algunas formas determinadas de patología orgánica y, sobre todo, mental. Es en el campo de los transtornos psicosomáticos y psiquiátricos, donde una Psicología Médica se revela como recurso básico o introductorio de toda actuación técnicamente fundamentada.

2. PSICOMEDICINA Y CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

En el intento de aproximación a la Psicología médica, a través de sus sucesivas instalaciones en el mundo científico, es obligado pasar revista, junto a su incardinación en el campo de la Medicina, a aquella otra condición sustantiva por la que la Psicología forma parte del tronco abarcativo de las ciencias del comportamiento.

2.1. La condición epistemológica de las ciencias del comportamiento

Fue a partir de la preocupación de Windelband (1984) sobre la clasificación de las ciencias, retomada más tarde por Allport (1937) y por Piaget (1971), cuando se introduce la famosa distinción entre ciencias ideográficas y ciencias nomotéticas. Por ciencias ideográficas se entiende la típica estructura de un saber, sobre fenómenos que no son repetibles y que no aluden a un tipo de objetividad palpable, lo que equivale a asignarles competencia sobre aquellos aspectos que Dilthey había predicado como propios de las ciencias del espíritu. Por ciencias nomotéticas se entiende, por el contrario, aquel ámbito del saber que se ocupa de fenómenos que se repiten y que entrañan hechos que son objetivamente comprobables. De ellos puede ser inducida una ley científica expresada a través de funciones matemáticas cuantitativas y de tipo causal. En este tipo de ciencias, el recurso a la experimentación y a la verificación empírica de hipótesis, supone su modo más típico de trabajo, y de ahí que pueda hablarse, dentro de las mismas, de un control y una previsión en el acaecer de fenómenos, a propósito de los cuales se formula un número limitado de variables. Este es el ámbito en el que se encuentran las que Dilthey llamó ciencias de la naturaleza.

Así pues, sobre el esquema de esos dos grandes tipos de ciencias, en los años posteriores a la segunda guerra mundial, surge la nueva etiqueta de las «ciencias del comportamiento», cuya expansión tiene lugar en los años cincuenta y sesenta, polarizando a su favor un inmenso volumen de recursos de investigación. Los primeros testimonios de su existencia provienen de la División de las Ciencias del Comportamiento de la Ford Foundation y del Centro para el Estudio Avanzado de las Ciencias de la Conducta en Palo Alto, California. En ellos se apunta, concretamente, a una nueva Psicología, a una nueva Sociología y a una nueva Antropología como núcleos centrales de este flamante marco, en el que late siempre una exaltación del carácter interdisciplinar que ha de tener el estudio de la conducta humana. La operación epistemológica, que con estos saberes se lleva a cabo, consiste en la utilización exigente del término «ciencia», de forma tal, que su uso confirme el manejo de los métodos rigurosos de las ciencias nomotéticas (*hard methods*). Tal exigencia metódica se vierte sobre un objeto llamado comportamiento, que vemos prodigarse en los ámbitos de trabajo de múltiples saberes científicos, en los que, con independencia de las dimensiones ideográficas que antes se le asignaran, se encuentran contenidos y procesos que soportan un tratamiento metodológico de signo nomotético. De alguna manera, este nuevo tipo de ciencias participan con métodos nomotéticos en objetos que antes tan sólo eran términos de un tratamiento ideográfico.

La razón que ha hecho brotar esta nueva denominación de «ciencias del comportamiento» arranca remotamente del intento de hacer ciencia positiva sobre unos fenómenos psicológicos, sociológicos o antropológicos que antes tan sólo eran tratados de forma especulativa y cuasi filosófica. Esa había sido la pretensión de una Psicología científica, con la que se trataba de controlar empíricamente fenómenos psíquicos. La misma que llevó en su tiempo a Wundt a fundar su famoso Laboratorio de Psicología experimental en Leipzig en 1873. Y la misma que ha querido, a lo largo del siglo XX, crecer sobre nuevos campos específicos que tengan como denominador común la idea, científicamente renovada, de comportamiento psíquico. La búsqueda de un esquema observable, objetivo, controlable y sometido a normas en el ámbito de la conducta será el punto de encuentro de este nuevo enjambre de ciencias.

2.2. Objeto y despliegue del saber psicológico

Sin querer hacer aquí una cuestión erudita, ni histórica, del concepto de Psicología, que puede encontrar el lector más desarrollada en la bibliografía que se cita al final del tema, nos serviremos únicamente para tratar de dar

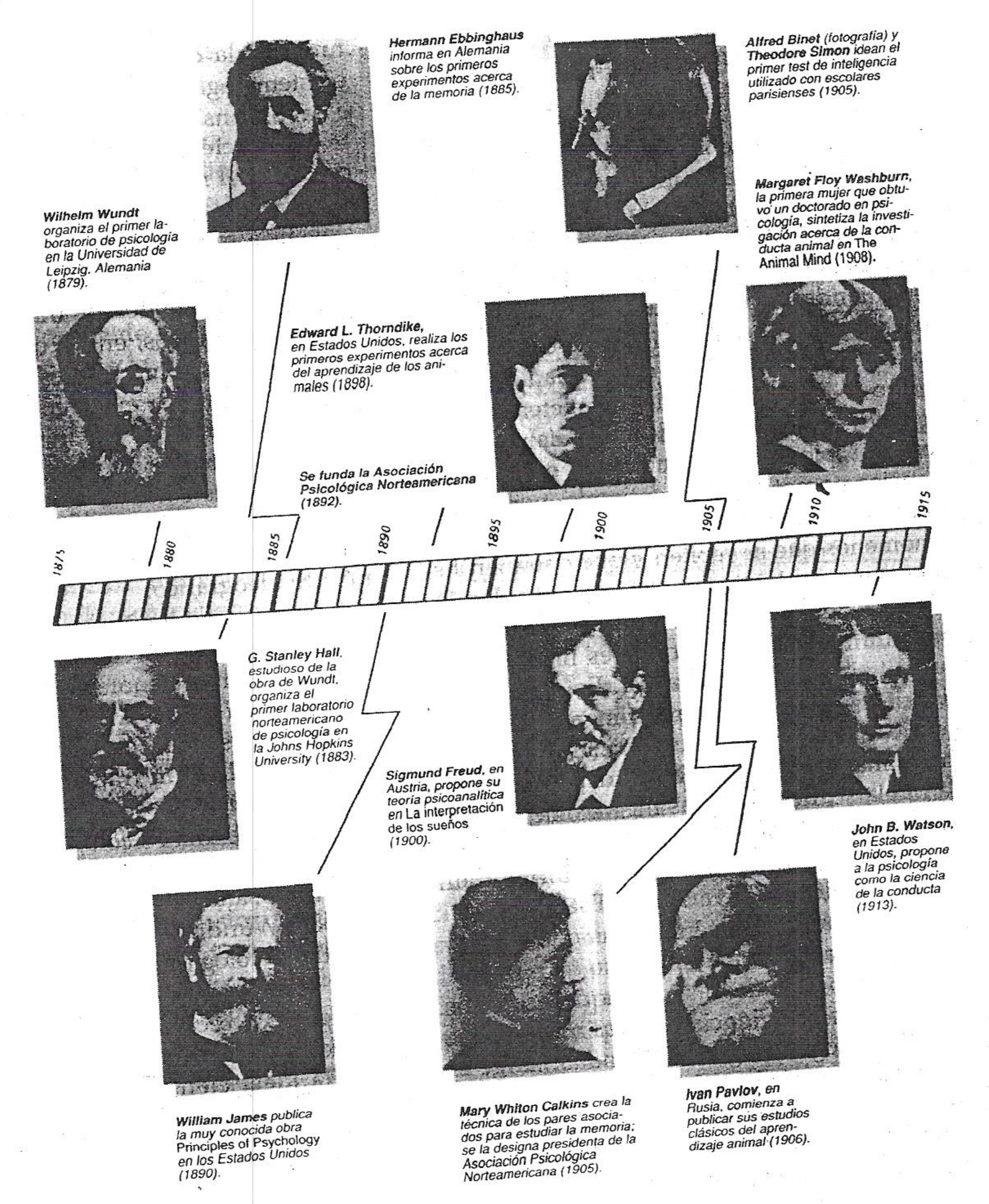


Figura 1.1. Cronología de los pioneros de la Psicología. (Reproducido de Myers, DG); Psicología. Panamericana, 1994).

cuenta del concepto de Ciencia psicológica, de las tres vías más comunes que han venido siendo utilizadas para acceder al mismo. La que nos ofrece el vocablo «Psicología», la que puede formularse con cargo al carácter peculiar de los procesos psíquicos frente a los que no lo son, y la que podríamos encontrar en el debate singular sobre el significado de su objeto.

La tradición griega de Aristóteles, en el ámbito de su universo enciclopédico, de inspiración marcadamente biológica, nos permite proponer un primer sentido de psicología ligado a su alcance etimológico, como «logos» o tratamiento de la «psique», esto es, del principio de animación de los seres vivos. La consideración de la «psique» como un término de exigencia racional, que evoca el principio

CUADRO 1.1

Los famosos incicios de la psicología científica
(Reproducido de Papalia y Olds, *Psicología*. *McGraw-Hill, México, 1987)*

1875-1876	William James impartió el primer curso de psicología experimental.
1878	Stanley Hall fue el primer doctor en psicología de América.
1879	Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de investigación psicológica en Leipzig, Alemania.
1881	Wundt editó en Alemania la primera revista del mundo especializada en psicología.
1883	El primer laboratorio de psicología americano fue establecido por Stanley Hall en la Universidad John Hopkins.
1886	El primer libro de texto de psicología en América, *Psychology*, fue publicado por John Dewey.
1887	La primera revista científica de psicología de los Estados Unidos fue fundada por Stanley Hall (*Psychology*).
1888	La primera cátedra de psicología del mundo se creó en la Universidad de Pennsylvania; James McKeen Cattell fue nombrado su titular.
1890	Fue publicado el libro de William James, *Principios de Psicología*, que se convertiría en un texto clásico (tardó 12 años en escribirlo, en vez de los dos que pensó en un primer momento).
1892	Se fundó la American Psychological Association, sobre todo gracias al esfuerzo de Stanley Hall, que fue su primer presidente (alcanzó los 400 socios en 1920, y cuenta en la actualidad con más de 50.000 miembros).

concreto de la vida orgánica, late en el pensamiento griego, que habría de encontrar, precisamente, su primer espacio de desarrollo sistemático en la obra aristotélica. Esa tradición fue recogida por la filosofía medieval vinculada al hilemorfismo y persiste en el pensamiento moderno de Occidente, hasta la crítica radical de Descartes, para quien el hombre se descubre en el dualismo de las dos sustancias con que se configura su realidad: *res cogitans* o pensamiento y *res extensa* o sustancia corpórea. Los avatares posteriores hasta nuestros días se irán teniendo en cuenta sucesivamente.

La segunda vía que podríamos elegir para hacernos cargo de lo que puede ser la Ciencia psicológica, pretende hacerlo al reservar un ámbito de estudio diferencial y propio para los hechos psíquicos. La caracterización de los mismos se ha establecido por contraposición a los llamados fenómenos físicos. El manejo comparativo de unos y otros rasgos pone en evidencia, con frecuencia, el cariz de lo biológico, que pudiera aparecer contrapuesto en uno y otro contexto haciendo deslizable la línea fronteriza entre ambos.

Recogiendo de manera sencilla y expresiva las grandes caracterizaciones de los fenómenos psíquicos, que son los que surgen, como su nombre indica, de la propia actividad psicológica del sujeto, Rey Ardid (1981) apunta a las siguientes:

1. *Autorregulación*. Propiedad por la cual se hace posible que la actividad del psiquismo se adapte, por sí misma, a los cambios internos y externos del organismo.
2. *Ritmicidad*. Expresión de la forma en que las actividades psíquicas se presentan como ordinariamente sometidas a oscilaciones periódicas, compartiendo un rasgo común con las manifestaciones energéticas vitales y testimoniando la bipolaridad funcional del sistema nervioso (excitación-inhibición).
3. *Globalidad*. Indicación de que la actividad del psiquismo, aunque pudiera a veces parecer localizada, afecta siempre a la totalidad del organismo en que se da. Sin tal propiedad no sería posible concebir la unidad indivisible del ser humano.
4. *Intencionalidad*. Patentización de la teleoclinia, esto es, la dirección hacia un fin de todo fenómeno psíquico.
5. *Mutabilidad*. Revelación del permanente cambio a que están sometidos los contenidos de la actividad psíquica, adoptando constantemente nuevas formas de presentación, aun a pesar de que las condiciones del organismo y del ambiente parezcan inmutables.
6. *Creatividad*. Por contraste a la monotonía que suelen presentar los fenómenos físicos, lo característico de la actividad psíquica es su presentación bajo formas novedosas, originales e inéditas.

(7) *Subjetividad.* Referencia vivencial de los fenómenos psíquicos a nuestro propio «yo», por el que se reconocen pertenecientes a nuestro ser y a ningún otro.

(8) *Virtualidad.* Propiedad por la cual resulta difícil, si no imposible, la adscripción de los fenómenos psíquicos a coordenadas espaciales y temporales precisas, tal y como suele acontecer con los fenómenos físicos. Se dice que la actividad psíquica sólo podría enmarcarse en un esquema espacio-temporal de naturaleza virtual, inasequible a nuestros instrumentos de contraste.

(9) *Dualidad referencial.* Un último rasgo diferenciador entre fenómenos físicos y psíquicos es aquel según el cual sólo estos últimos se realizan en un doble plano, en el que se ven implicados lo objetivo y lo subjetivo, el «yo» y el «no-yo», la realidad y el sujeto.

Así pues, todo este repertorio de caracterización de los hechos psíquicos, que Rey Ardid enumera, constituye un medio entre otros de presentarlos, y de presentar con ellos el presunto objeto del que las Ciencias psicológicas van a ocuparse.

La tercera vía, que al principio enunciamos como apropiada para dar cuenta del saber psicológico, utiliza un camino sincrético hacia el objeto, resultando éste el término global al que se dirige la operación definicional. Acontece, precisamente, que es doble la posibilidad que preside, a este respecto, el gran debate histórico del nacimiento de la Psicología científica. De un lado se presenta la versión que inaugura Wundt (1881), para quien el gran objeto de la Psicología científica se instala en el ámbito de los fenómenos de conciencia. Y del otro se hace presente la tradición que pone en marcha el behaviorismo radical (Watson, 1925), atemperado posteriormente, para quien el objeto de la Psicología se inscribe en el marco del comportamiento, entendido éste como conducta manifiesta, externa y observable que ejecutan los individuos.

La controversia entre estas dos versiones de la Psicología se asienta sobre dos hechos que parecen excluirse mutuamente: (1) los procesos mentales, que apelan a lo subjetivo, lo presente sólo para el propio sujeto y, por tanto, lo inscrito en el mundo de la interioridad, y (2) el comportamiento, como un hecho constatable empíricamente, controlable y, por tanto, vertido hacia el mundo objetivo, del que cabe un tratamiento científico experimental. Las dos afirmaciones radicales que se contraponen son, pues, la de quienes no conciben una psicología sin una remisión a la actividad mental (interna) y la de quienes critican toda definición mentalista por incluir términos que exclusivamente son abordables por la experiencia interior del propio sujeto, sin el necesario control universal de la ciencia.

Apoyarse en la «conciencia» para hacer de ella y de los procesos mentales un objeto de la Psicología, o renunciar a ella por considerarla, como cita Pinillos (1975) al referirse a la Psicología actual, una «venerable reliquia animista» que ha de ser sustituida por una Ciencia de la conducta, es el reto más importante que le corresponde asumir a todo esfuerzo de definición.

Entendemos que la condición de este dilema, como la de otros tantos que a veces nos acucian, sólo puede ser asumida en la medida en que se pueda contemplar una solución de síntesis dialéctica. En nombre de esta síntesis, se ha intentado formular definiciones en las que se busca el acoplamiento entre psicologías subjetivas y objetivas (Alonso Fernández, 1989), produciéndose compromisos que expresan la alusión simultánea a los procesos mentales subjetivos y a la conducta objetiva, aun sabiendo las dificultades que entraña esa afirmación bifrontal del objeto.

Por nuestra parte entendemos que, más allá de cualquier pretensión de aunar estas formulaciones, lo que rigurosamente expresa mejor el «objectus» mismo del saber científico-psicológico, es la revelación de la tensión radical existente en el ser humano, entre un *intus* y un *extus*, esto es, entre una vertiente interior y una vertiente exterior de los fenómenos psíquicos. Es indudable que la manifestación controlable del organismo sólo puede ser llevada a cabo de manera externa, pero no lo es menos que esa exterioridad apunta a un interior sin el que no podríamos encontrarle significado. Los actos opacos externos, carentes de

significado, no son psíquicos y las puras intenciones sin manifestación exterior no serían nunca accesibles al observador científico. Por eso entendemos que la voz «conducta» o «comportamiento» debería ser depurada de todo sesgo restrictivo de signo conductista radical, haciéndose permeable a la comprensión de que «nadie se comporta» si no es, desde sí y hacia el exterior, revelando en su conducta, no sólo la doble faz objetiva y subjetiva, sino la tensión que liga esas dos caras pertenecientes a una misma moneda. Proponemos por tanto definir la psicología como una ciencia de la *conducta*, pero definir inmediatamente la *conducta* como una ecuación interioridad-exterioridad, de la que más adelante nos ocuparemos con detalle.

2.3. Las disciplinas psicológicas y su diversidad

El universo de las ciencias psicológicas constituye, hoy, un ámbito plural de disciplinas, cuyo colosal desarrollo en los años setenta y ochenta se revela a través de la cantidad y diversidad de sus investigaciones. La cifra que registran los «Psychological Abstracts» se mueve entre veinticinco mil y cuarenta mil publicaciones por año.

Sin querer entrar en detalle en la agrupación sectorial de esos temas, parece conveniente distinguir en su enciclopedia un orden de disciplinas de condición más teorética y descriptiva, respecto a otro de orden más aplicativo y específico. Pero quizás, a nuestros fines, interese todavía más desdoblar el apartado de las primeras, marcando el énfasis diferencial que establecen algunas de ellas en razón al condicionamiento biológico o al condicionamiento social del comportamiento. O hacerlo pensando en su consideración de las dimensiones normales o patológicas de la conducta.

En el orden teórico han ido surgiendo disciplinas como la Psicología general y descriptiva; la Psicología experimental; la Psicología metodológica y especialmente psicométrica; la Psicología evolutiva o de las edades; la Psicología diferencial; la Psicología de la personalidad y la Psicología cognitiva... Los sectores que han acentuado más los aspectos biológicos han abierto un cauce a la Psicofisiología, a la Etología (en cuanto estudio del comportamiento animal y del zoo humano), a la Neuropsicología y a su consideración específica de las bases neurales del comportamiento. Por el flanco social, se han ido haciendo presentes una Psicología social, una Psicología comunitaria y una Psicología de los grupos y organizaciones... La Psicopatología ha ocupado el lugar que corresponde al estudio de la conducta anormal.

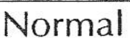
Pero la ciencia psicológica ha sido también utilizada de forma aplicativa en la resolución de problemas educativos, laborales e industriales, clínicos, ambientales, etc., dando lugar a disciplinas muy variadas, entre las que podríamos destacar, al menos a título de ejemplo, la Psicología ocupacional e industrial, la Psicología criminal, la Psicología del consumo, la Psicología educativa, la Ecopsicología y la Psicología clínica, etc. Por cierto que la nomenclatura de esta última se ha prestado a veces a polémicas de naturaleza y contenido muy diversos. La Psicología clínica tiene por objeto la aplicación de técnicas exclusivamente psicológicas al mundo clínico, mientras que la Psicología médica constituye un saber estrictamente médico, consistente en el análisis de los factores psíquicos y psicosomáticos que intervienen en el enfermar y sanar humanos.

El cuadro que se inserta a continuación constituye un esquema gráfico de distribución de los saberes psicológicos útil para su visión de conjunto (Fig. 1.2).

3. LA PSICOLOGIA MEDICA

3.1. Justificación y naturaleza

Una vez rotulado el marco de instalación de nuestra disciplina en el territorio de la psic medicina, revisada la condición epistemo gica de las ciencias del comportamiento y carácter definidor, así como el contorno de



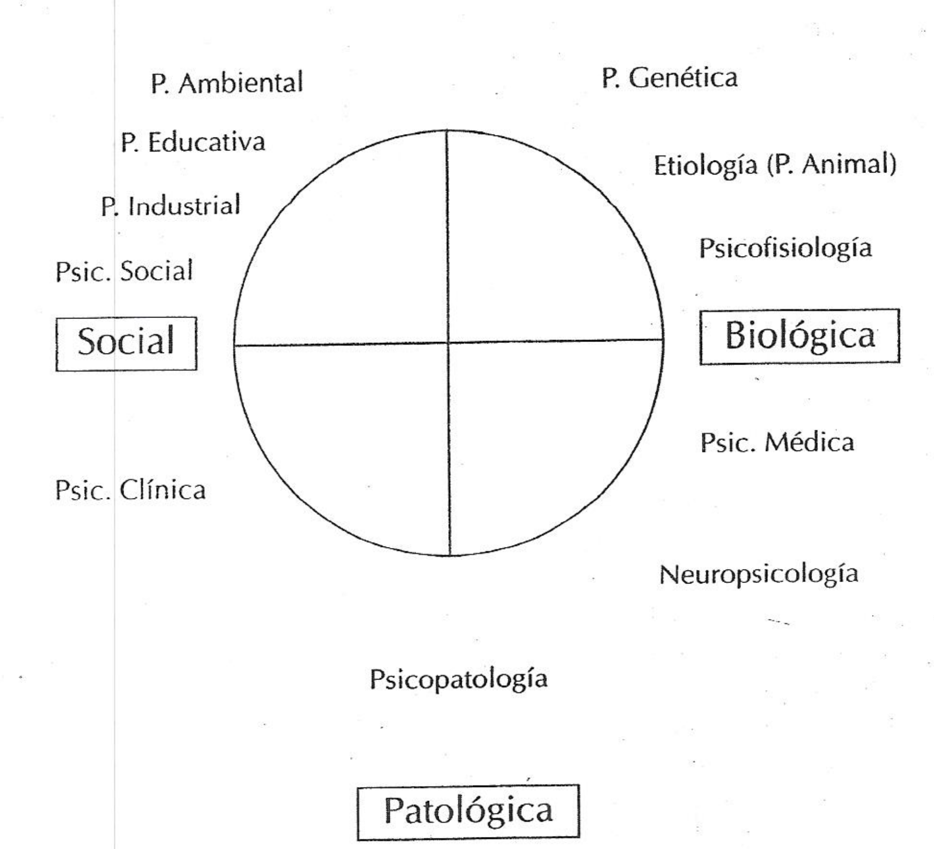


Figura 1.2. Dimensiones sectoriales de la Psicología. (Adaptado de Lieury, Manual de Psychologie Génerale. Borzas. París, 1990).

Ciencias psicológicas, llega la ocasión de afrontar directamente el diseño de una Psicología médica sobre la que versa esta obra. Lo haremos de tres maneras distintas, aproximándonos, en primer lugar, a su razón de ser y naturaleza, tratando de definirla luego, y examinando, en fin, los contenidos incluidos en su perímetro. Los más de ciento cincuenta años en que viene desarrollándose su historia y las últimas dos décadas de actividad incesante, han consagrado una terminología que la nomenclatura germana remite a Lotze (1842), y la francesa y la nuestra, a los planes de estudio de los años cincuenta y sesenta.

El simple enunciado del título «Psicología médica» nos permite, por sí mismo, reconocer la doble vinculación que establece nuestra disciplina con las Ciencias psicológicas y con las Ciencias médicas. Igualmente, su mero enunciado, nos hace patente que la «Psicología médica» como psicología, se nutre especialmente de conocimientos provenientes de una serie de disciplinas generales y específicas, como las que antes enunciábamos, utilizando una pluralidad de métodos y de temáticas tanto generales como biológicos y sociales. Pero debe quedar claro que su propósito y naturaleza guardan un definidor propio en cuanto psicología aplicada al mundo de la Medicina. Su relación con él se lleva a cabo tanto en el ámbito de las llamadas Ciencias médicas básicas, con las que guarda un parentesco singular, como en relación con el mundo de la Patología, bien sea de signo orgánico o de signo psiquiátrico. De

esos extremos nos ocuparemos después más ampliamente.

Se ha confiado a la Psicología médica la suerte del análisis más general de los factores psíquicos que laten en el estado de salud y en el estado de enfermedad, así como el doble trayecto del uno hacia el otro. Lo cual nos obliga a traer a colación el esquema de definición que de la salud y de la enfermedad y del continuo entre ambas, ha venido presentando la literatura médico-preventiva, la psicología de la salud y la propia Organización Mundial Institucional. La Carta Magna de la OMS (1946) entiende la salud como «el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»; pero ese estado hay que situarlo en el continuo operativo salud-enfermedad, que Piedreola *et al.* (1991) desarrollan, como un proceso que discurre entre el más elevado nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento (salud positiva), y el polo opuesto, donde se sitúa la muerte prematura, como estancia límite de la pérdida de la salud. Así, la preocupación por la salud y la enfermedad será el territorio en el que nos corresponde militar, de una forma científica y sistemática, y siempre con la mirada puesta en el bienestar mental, físico-mental y sociomental. Como si estuviéramos contribuyendo a la realización instrumental de aquel propósito estratégico que la OMS ha establecido en su «Salud para todos en el año 2000» y que no es otro sino el de alcanzar «en la medida de lo posible», para todos los habitantes del mundo, «el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad donde viven».

Será a partir de estos planteamientos genéricos como tengamos que articular una justificación detallada del papel de la Psicología en el ámbito médico, tema que es objeto de constante elaboración por la abundante literatura dedicada al mismo bajo enunciados como los de: *Psychological care in physical illness* (Nichols, 1993), *Psychology as applied to medicine* (Weinman, 1987), *Psychology in Medicine* (McManus, 1992), *Medicina y psicología* (Bayes, 1979), y tantos otros más cuyas equivalencias se ciñen a la expresión común de Psicología médica o Medicina psicológica.

Válganos simplemente, y a título de muestra, desgranar como justificación de nuestra disciplina aquella línea argumental inspirada en Weinman (1987), cuyo contenido podría cifrarse en los siguientes términos:

1. El estudio de las variables psicológicas (cambios conductuales) en el diagnóstico médico: signos y síntomas.
2. El *rol* de los factores psíquicos en la etiología de la enfermedad orgánica y mental.
3. La relación médico-enfermo en la teoría y en la praxis.
4. La respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad).
5. Los recursos psicológicos en el tratamiento (Medicina psicológica).

Cabría un sinfín de variantes aunque no muy distintas, con las que dar cuenta de los fines de una auténtica Psicología médica. Válganos, como ejemplo, las que se señalan con el lenguaje operativo del Taller de planificación de la educación en ciencias de la salud (1979-1989), cuando nos propone un listado de objetivos intermedios alcanzables por su estudio, como aquellos que hacen posible que:

1. En el campo médico: *a*) se identifiquen los efectos psicológicos inherentes a la práctica médica en general y a la de cada uno en particular (motivaciones personales, valores, actitudes, etc.); *b*) se detecten los aspectos psíquicos que intervienen en la patología de sus pacientes, y *c*) se distingan las formas psicopatológicas ante las que se encuentre el médico.
2. Se adopten actitudes que favorezcan: *a*) la relación médico-enfermo, y *b*) la perspectiva del enfermo en su circunstancia.
3. Se consiga la capacitación necesaria para poder integrarse en el dispositivo asistencial de las tareas de salud mental.

*4. Se dote al sujeto de la competencia suficiente para evaluar sus actuaciones en el campo psicológico-médico, fomentando su perfeccionamiento.

Cualquier esquema de detalle de todo este conjunto de misiones y cometidos que la Psicología médica se proponga, resultará siempre útil y al mismo tiempo incompleto, si se piensa en el papel creciente que lo biopsicosocial va adquiriendo en el futuro profesional de la Medicina.

3.2. Definición

No es posible, de manera convergente y definitiva, emitir una fórmula rigurosa y comúnmente aceptada de lo que, en su más estricto sentido, sea la Psicología médica. Morales Meseguer (1989) suscitaba la cuestión de si debía hablarse de una disciplina en sentido formal o simplemente de un sector aplicativo de conocimientos. Y nos recomendaba reflexionar sobre la doble imagen que despertaba una concepción de la Psicología médica, bien en la línea de una «Psicología para médicos», cuyo contenido aborda los problemas psicológicos que se plantean en la práctica médica, o bien en la que apela al contenido significativo que cabe atribuir a un «saber psicológico médico», propiamente tal, para el que los factores psíquicos participan en la determinación de las enfermedades humanas, en la configuración de sus diferentes cuadros clínicos y, desde luego, en sus tratamientos. La Psicología médica ha podido resultar un producto ya sea «asumido» o ya sea «creado» por la propia Medicina, lo que conllevaría la doble posibilidad de ser un reflejo de las Ciencias psicológicas o una creación de conocimientos psicológicos surgidos de los propios planteamientos clínicos. Y doble sería también su papel cuando pone sus conocimientos al servicio del hombre enfermo en general, o cuando se aproxima al paciente de una enfermedad mental. Esta última aproximación, evidentemente, sería distinta de la que corresponde a la Psiquiatría como un saber en el que los trastornos mentales son diagnosticados, tratados y prevenidos. En la práctica, sin embargo, cualquier distinción entre Psiquiatría y Psicología médica no resulta, como señala el propio Morales Meseguer, del todo nítida, por existir una «amplia zona de transición entre los sectores de realidad que ambas disciplinas estudian y por la vinculación común que ambas tienen con la psicopatología».

El aproximarnos, a pesar de todo, a una redefinición de la Psicología médica, sigue resultando una empresa atractiva, aun asumiendo el hecho de que, en el fondo de sus diversas definiciones, subsistan polémicas de base. Hay quienes entienden la Psicología médica como una consecuencia de las exigencias de la práctica médica (Alonso Fernández, 1989), o como «la Psicología en la educación médica, en la investigación y en la práctica clínica» (Kerejarto, 1978), o como la aplicación de los métodos y conceptos psicológicos a los problemas médicos (Rachman, 1977). Pero hay fórmulas, también, que pretenden dar una identidad más exclusiva a nuestra disciplina, como la que surge de una revisión de la Medicina misma que se consiguió modificando nuestro concepto de la enfermedad, nuestra concepción del médico y del enfermo, y el papel del contexto y de la prevención, de tal manera que ha vestido de psicología todo el universo médico (Jeammet *et al.*, 1982). Los mismos autores comentan la traducción de esa modificación en planos tan significativos como son los de la separación de lo «lesional y lo funcional», «las variaciones en la noción de causalidad médica», «el poder del médico», «la medicalización de la vida», «el derecho a la salud», etc. En esa línea encajaría muy bien la posición de Jaspers (1946), cuando afirmaba que la Psicología que la Medicina reclama se desvía de la Psicología oficial y tiene horizontes más amplios. Por su parte, Rojo Sierra (1978), arrancando de la posición jaspersiana, pretende ver la Psicología médica como una endoantropología. Y Schneider (1971) procura centrarla básicamente sobre la relación médico-paciente, ya que la Psicología médica se convierte en «una disciplina que debe ense-

ñarse dando al médico informaciones y conocimientos suficientes, para comprender a su enfermo en cuanto persona humana, que sufre una enfermedad, y que puede ser tratada de una manera mejor aunando los datos patológicos habituales con los datos psíquicos».

Por nuestra parte entendemos que cualquier forma de definición que pretende asumir realmente el problema, ha de tener en cuenta la situación de una ciencia en pleno desarrollo, que se mueve en un campo de transformación constante como es el de la Medicina y a la que conviene una definición, más bien por lo que respecta a los objetivos que pretende, que al objeto estricto sobre el que versa. Sucede, sin embargo, que los objetivos no son sólo los términos de una mera aplicación utilitaria y auxiliar de una disciplina a otra, sino el destino de una recreación científica en el interior del horizonte médico, donde todo producto que se aclimata en él, contribuye a una mejor definición de la tarea «curativa» común. Porque el porvenir de las ciencias se encuentra cada vez más marcado por una red de saberes multidisciplinarios en la que se cifra la mejor esperanza de desarrollo y rendimiento.

3.3. La distribución de su contenido

La distribución del contenido de la Psicología médica, que hemos realizado, no sólo con arreglo a criterios científicos y disciplinarios, sino teniendo en cuenta las exigencias de la legislación universitaria y la presentación de un repertorio variado de niveles y de problemas concretos de máximo interés, va a ser articulada a través de siete rótulos que agrupan los siguientes contenidos:

1. La conducta y sus bases biosociales.
2. El sujeto psíquico y su ciclo vital.
3. Las funciones psíquicas y su patología.
4. La dimensión psicosocial.
5. La relación médico-enfermo.
6. El marco psicosomático.
7. Iniciación a la psicoterapia.

Como se verá, las tres últimas entrañan áreas aplicativas y en las cuatro primeras se hace un análisis no sólo de la conducta y sus bases, sino del sujeto psíquico y su desarrollo y de las operaciones psicoindividuales y psicosociales, vistas tanto en su vertiente normal como psicopatológica.

4. PRINCIPALES ORIENTACIONES METODOLOGICAS Y DOCTRINALES PSICOMEDICAS

Un tema introductorio como éste, dedicado a plantear el territorio de la Psicología médica y el perfil de la misma y de sus contenidos, no estaría completo del todo si no se hiciera una glosa resumida de las principales orientaciones metodológicas que rigen su investigación y de las grandes Escuelas y corrientes doctrinales a que se adscriben sus conocimientos. Plurales van a ser todas ellas, lo cual no debe escandalizar al lector, si reconoce la riqueza de las perspectivas, el devenir histórico de las fuentes y los diversos caminos por los que pueden ser investigados sus problemas. Lógicamente, y por razones de espacio, habremos de limitar nuestra tarea, dentro del amplísimo panorama que tenemos delante, a las orientaciones metodológicas y escuelas de interés sobresaliente en el marco psicomédico. Lo haremos, siempre tratando de precisar los rasgos esenciales de cada una, con el fin de que esta información pueda dotarse de una base metodológica e histórica suficiente, cuya ampliación se facilite con cargo a las fuentes bibliográficas que se citan al final del tema.

4.1. Métodos de investigación

Aludimos, en primer lugar, bajo la denominación de métodos de investigación, a los diferentes caminos a través de los cuales cada ciencia llega a alcanzar el cuerpo de conocimientos que constituye su contenido. En el ámbito de la Psicología médica, estamos recogiendo de la tradición metodológica propia de las ciencias psicológicas cuatro gran-

CUADRO 1.2

Comparacion de métodos de investigación

(Reproducción de Myers, *Psicología*, Panamericana, Madrid, 1994)

Metodo de investigación	Propósito básico	Cómo se realizó	Qué se manipula	Dónde se realizó
Descripción	Observar y registrar la conducta.	Estudios de casos, encuestas y observación natural.	Nada.	Campo.
Correlación	Detectar relaciones que se manifiestan naturalmente.	Elaboración estadística.	Nada.	Campo (y laboratorio).
Experimentación	Explorar causa y efecto.	Manipular un factor y utilizar la asignación al azar para eliminar las diferencias preexistentes entre los sujetos.	La variable independiente.	Laboratorio (y campo).

des diseños que vamos a identificar como observacional, experimental, correlacional y clínico.

1. *Método observacional*

Desde sus primeros pasos hasta hoy, nuestra ciencia no ha dejado de echar mano de la observación como vía de acceso a los fenómenos psíquicos, siguiendo directrices lógicas y exigiendo un esfuerzo de atención. Eysenck (1975), advierte que su propósito consiste siempre en la determinación de eventos específicos que acontecen en condiciones también específicas. El que la observación sea concreta o sistemática, de un fenómeno interior (introspección) o de un fenómeno exterior (extrospección), organizada en el laboratorio o en el ámbito natural, en términos participativos o por el contrario distantes, etc., no impide que la observación se defienda como una cantera inmediata de conocimientos propios.

2. *Método experimental*

La metodología experimental pretende el descubrimiento de relaciones de causalidad entre variables, lo cual se consigue mediante la manipulación de uno de esos fenómenos (variable independiente) y la observación de los hechos que tal manipulación provoca en otro u otros fenómenos (variable dependiente), manteniendo constantes y controladas las condiciones del resto de las variables intervinientes.

Es precisamente por ese riguroso control, por lo que se pueden eliminar las influencias de fuentes de variación extrañas, que puedan interferir en el establecimiento de relaciones funcionales entre los fenómenos objeto de estudio. Proceder de esta forma implica dotar al diseño experimental de lo que se ha denominado *validez interna*.

Pero la limitación del método experimental proviene de la dificultad de generalización de la relación causa-efecto entre variables, a situaciones diferentes de las utilizadas en el propio diseño experimental concreto. La capacidad de extrapolar los resultados se conoce como *validez externa*.

La garantía de la relación de causalidad exige la necesidad de tener en cuenta dos condiciones de sujetos o grupos de sujetos, a los que denominamos, respectivamente, experimental y de control. En ambos ha de medirse la variable dependiente como instancia previa a cualquier manipulación experimental, en la que se introducen cam-

bios en la variable independiente tan sólo en el grupo experimental, volviendo luego a medir la variable dependiente. Las diferencias observadas entre el grupo experimental y el de control podrán ser entonces atribuibles al efecto causal de la variable independiente.

(3) *Método correlacional*

Como su propio nombre indica, este método busca el establecimiento de correlaciones entre fenómenos, tal y como éstos se dan en la situación natural, limitándose a describir dicha correlación, sin introducir modificación alguna en los fenómenos objeto de estudio. Por correlación se entiende la expresión estadística de la relación entre dos hechos, cuya aparición conjunta los vincula de alguna forma. Este dato estadístico refleja el grado en qué la variación en la forma de presentarse un fenómeno va acompañada de variaciones en otro.

La correlación será positiva cuando observamos cómo el aumento (o disminución) en los valores de una variable conlleva también el aumento (o disminución) en la otra. Mientras que, por el contrario, existiría correlación negativa cuando se produce una relación inversamente proporcional entre dos fenómenos, de tal forma que al incrementarse el valor de uno, se observa un decremento en el valor del otro, o viceversa.

El método correlacional supone una renuncia al control de los fenómenos y, desde luego, a sus condiciones antecedentes. Ello supone una capacidad interpretativa y explicativa limitada, con la que coexiste la posibilidad de establecer predicciones sobre el acontecer de una variable, siempre y cuando conozcamos el desarrollo de aquella otra con la que se encuentra correlacionada. En el método correlacional, por tanto, no se hace posible el establecimiento de relaciones causales, como se advierte en el ejemplo que cita Myers (1994), referido a la alta correlación existente entre autoestima y depresión. La depresión suele ir asociada a una baja autoestima, lo cual no significa que sea su causa, puesto que cabría la hipótesis contraria, según la cual la pobre opinión y el juicio negativo que uno tiene sobre sí mismo, serían el desencadenante de ciertos estados depresivos. Y todavía sería factible una tercera posibilidad: tanto la autoestima como la depresión son la consecuencia de una tercera variable, que podría ser, por ejemplo, la presencia de situaciones depresógenas.

Es cierto que la tecnología estadística que nutre el método correlacional nos ofrece cada vez un análisis más fino entre variables, pero no lo es menos que el método correlacional no llega nunca a superar el ámbito propio de lo descriptivo y de lo predictivo, sin que se pretenda establecer relaciones etiológicas entre fenómenos.

(4) *Método clínico*

Hablamos de un nuevo encuadre metodológico cuando tomamos como base el estudio exhaustivo y continuado de los fenómenos que acontecen tan sólo en un sujeto individual, recogiendo información tanto cualitativa como cuantitativa sobre el mismo. La historia de la metodología vincula este modo de proceder con el propio del método de «casos», en la medida en que queda restringido ese tipo de estudio detallado tan sólo a uno o varios individuos, aunque se trate de obtener información que pudiera generalizarse. Gran parte de la investigación neuropsicológica ha ido vinculada a estos «casos», aunque el prestigio del método clínico ha alcanzado formulación paradigmática en la literatura psicoanalítica.

El método clínico, propiamente dicho, consiste en un diseño de caso único y tiene como rasgos básicos de caracterización los que Reuchlin (1971) resume de la forma siguiente: (1) el estudio detallado de casos individuales durante un período variable de tiempo; (2) la subordinación de los datos cuantitativos a la información cualitativa sobre los fenómenos que acontecen en e sujeto; (3) el interés por el tratamiento glo

bal del sujeto, como marco al que referir las conductas estudiadas, y (4) el importante papel que desempeñan los aspectos subjetivos del observador (como su capacidad intuitiva y su experiencia) en la aprehensión de la realidad del individuo examinado y en la integración de la información sobre el mismo,

La utilización del método clínico ha servido para generar hipótesis de trabajo, que luego van a ser sometidas a metodología correlacional o experimental, y aun a pesar de la crítica que se le hace, en razón a que la ciencia debe ser siempre de lo general, no deja de tener una importancia significativa en el ámbito de la ciencia psicomédica, dado el papel que se concede siempre en ella a lo individual.

4.2. Los grandes enfoques y escuelas

Los contenidos temáticos de la Psicología médica, como el lector observará a lo largo de toda esta obra, provienen de la elaboración científica y doctrinal de diversas orientaciones y corrientes, que suponen enfoques distintos sobre el psiquismo, técnicas metodológicas dispares y, en última instancia, modelos de representación diferentes de lo que es el organismo y su conducta.

Entre estos planteamientos teóricos cabe descubrir algunos vinculados al surgimiento original de la Psicología como ciencia, junto a otros que posteriormente han ido cobrando caudal y trascendencia interpretativa. Se da, entre esos enfoques, una confrontación de ideas y métodos que nos puede permitir entender la historia de la Psicología médica y de la propia Psicología, en clave permanente de debate.

Las orientaciones que vamos a comentar forman, todas ellas, parte de una historia de la Psicología moderna como saber independiente y científico, que se extiende desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, ya que ha sido durante estos últimos cien años cuando la Psicología ha cobrado su propia identidad epistemológica. No incluimos, por tanto, toda esa larga trayectoria que va desde los griegos hasta Wundt (1879), en la cual la Psicología se debatía como disciplina ligada bien a la Filosofía o bien a la Fisiología.

Procuraremos no descender hasta el detalle ni en el número de las Escuelas u orientaciones apuntadas, ni en la descripción pormenorizada de los planteamientos de cada una, convencidos de que al lector sólo le interesa, en este orden de cosas, una guía panorámica donde poder luego anclar la visión de los diferentes puntos de vista doctrinales que encontrará formulados en cada una de las lecciones que siguen.

Así las cosas, comenzaremos por aludir, partiendo de la polémica fundacional de la Psicología científica, a la dialéctica entre el estructuralismo y el funcionalismo, donde se manifiesta el clima del primer enfrentamiento doctrinal. Hablaremos a continuación de la reflexología, como paso hacia el conductismo y el neoconductismo. El enfoque psicoanalítico y el neopsicoanálisis constituyen otro hito importante en el que debemos detenernos. Examinaremos después el enfoque gestáltico y topológico. Más adelante estudiaremos lo que supone el enfoque cognitivista, para terminar, finalmente, por aludir a la visión psicohumanista, con la que daremos por concluida esta breve incursión.

Estructuralismo frente a funcionalismo

Nos vamos a detener en la batalla del estructuralismo y el funcionalismo como la polémica inicial de la Psicología moderna, en la que se consuma tanto el nacimiento de la nueva psicología europea como el de la nueva psicología americana. Dicho en términos concisos, la polémica plantea el enfoque contrapuesto de las ideas de Wilhelm Wundt (1838-1920), que escribe sus *Principios de la psicología fisiológica* en 1883-1884, o de su discípulo Edward Titchener (1867-1927), un inglés emigrado a los EE.UU. en 1892, ambos representantes del estructuralismo, frente a las de William James (1842-1910) y John Dewey (1859-1952) como propulsores del funcionalismo.

El objetivo del estructuralismo es el análisis de los contenidos de la conciencia, pretendiendo identificar los elementos mínimos y básicos e investigar, más tarde, la asociación entre ellos. Desde este supuesto, Wundt cree necesario el desarrollo de la introspección analítica como método capaz de alcanzar esos contenidos. Su voluntad de análisis le llevará, pues, al asociacionismo como explicación de los vínculos con arreglo a los cuales se construye nuestra vida mental. En el terreno experimental, Wundt recurre a la psicofísica y a la psicofisiología para examinar los componentes irreductibles de la vida mental, partiendo de la sensación, el sentimiento y la imagen. El estructuralismo, que adopta ese nombre a partir de Titchener, fue el blanco de numerosas críticas dirigidas contra su pretensión atomizadora y elementarista.

Por su parte, el funcionalismo busca, desde la perspectiva pragmatista, descubrir, en la vertiente más opuesta, el carácter funcional que tiene el psiquismo para la vida cotidiana; esto es, la secuencia de la función y el propósito de la vida mental, más que el de su estructura. El organismo ejerce su función adaptándose, y en ese ejercicio de adaptación es en el que encuentran su propia explicación las operaciones psíquicas. Se revela, con ello, mucho más la «función» y el «hacer» de nuestra condición psíquica, que su propio ser sustantivo. La conciencia consiste, en consecuencia, en una corriente continua de pensamientos, a la que no pueden aplicarse otros patrones de consideración que no sean los dinámicos y funcionales.

En el funcionalismo de James late, indudablemente, la influencia de Charles Darwin (1809-1882) y de toda su teoría del evolucionismo, como expresión de la adaptación. Los procesos de esa adaptación y las exigencias que, tanto en el plano biológico como en el psicosocial, plantea la interacción entre el sujeto y el entorno, se convertirán en el tema central de todo funcionalismo.

Reflexología

El esfuerzo del fisiológo ruso Ivan Petrovich Pavlov (1848-1936) constituye, sin duda, la apertura hacia un nuevo planteamiento de naturaleza biologista y experimental, con el que se pretende dotar a la Psicología de un modo de simplificar la conducta. Será en torno a la noción y a la experiencia de reflejo condicionado y a sus leyes como Pavlov habrá de formular una primera teoría de la conducta adquirida o aprendizaje. Su tesis sobre el condicionamiento clásico entraña la posibilidad de asociación entre un estimulo incondicionado o natural y otro que apareja-mos con él, al que llamamos estímulo condicionado. Una vez que esa asociación se llega a consolidar, la mera presencia del estímulo condicionado será capaz de producir idéntica respuesta que la que se producía debido al estímulo natural. Tal fue el logro empírico que Pavlov alcanzó experimentando con sus famosos perros, donde consiguió asociar la presencia de la comida y la secreción salivar y gástrica que la acompañaba, con el sonido de una campana. Pavlov elabora una teoría de las señales, que abarca, en el primer nivel, los estímulos sensoriales, y en el segundo, los simbólicos. Y, desde luego, explica la adquisición y la extinción de las respuestas, así como su discriminación y generalización desde el condicionamiento.

Todo el desarrollo de la reflexología en la obra de Vygotsky (1896-1934) y en la de Luria (1902-1977) aproxima sus aplicaciones a la teoría del lenguaje y al orden de la práctica neuropsicológica.

El enfoque conductista y neoconductista

Cuando John Watson (1878-1958) da a la imprenta en 1913 las páginas de su artículo sobre «La Psicología vista por un conductista», se produce una revolución en el modo de hacer de nuestra ciencia ya que pretende, por un lado, hacerla partir de la investigación de la conducta animal, y por otro, asimilar la base de toda conducta psicológica a los procesos de adquisición o aprendizaje, prescindiendo, en todo caso, de todo dato, método y objetivo que no se encuentre dentro de los acontecimientos auténticamente observables. Los

procesos de aprendizaje por condicionamiento, llevados a cabo en el laboratorio, habrán de explicar la respuesta que, inevitablemente, sigue a un estímulo, sin necesidad de recurrir, para ello, a ningún otro orden de postulados que no sean los de las condiciones mismas de la experimentación, debidamente controlada y objetivamente contrastada. No existe papel ninguno para la introspección, ni papel alguno para los factores mentalistas. De esta forma, la Psicología debería obtener un diseño de ciencia equivalente al que poseen las ciencias biológicas y las físicas.

Pero el radicalismo de Watson, en el que el estímulo y la respuesta se encontraban en una ecuación directa y exclusiva, va a ser sucesivamente revisado por otras posturas conductistas posteriores, en las que se van a producir matizaciones trascendentales. Quizás la figura más relevante sea la de Frederic Skinner (1904-1990), que en el orden metodológico lleva a cabo un impecable análisis de las variables existentes entre el estímulo y la respuesta Skinner se siente ligado a la teoría del aprendizaje y a las leyes del mismo, formuladas por Edward Thorndike (1874-1949), tales como la ley del efecto (la repetición propia de las conductas gratificantes o de premio) y la ley del ejercicio (la mayor frecuencia de premios no implica un aumento proporcional de la respuesta). Pero Skinner fue, sobre todo, el gran diseñador del condicionamiento operante, en el que se fijan las consecuencias que siguen a la conducta y, por tanto, una teoría del refuerzo. Es esa teoría del refuerzo, como se verá en su momento, la que cifra la gran aportación de Skinner al conductismo.

Pero la marcha de la escuela conductista ha sabido encontrar en el ámbito de la teoría del aprendizaje social, una nueva ocasión de desarrollo. Albert Bandura (1925) estudió el aprendizaje por imitación, al que prefirió llamar modelado, como el hecho más común del aprendizaje cotidiano. Aprendemos a través de los otros, considerados como modelos a los que observamos, reforzando positiva o negativamente nuestra conducta en función de las consecuencias que vemos que ella tuvo para el modelo.

Finalmente, el vasto panorama de la escuela nos obliga a destacar una figura como la de Edward Tolman (1886-1959), que llega a presentar la visión más avanzada de un neoconductismo, en el que ya el diseño de una meta o finalidad de la conducta cobra plena significación. El comportamiento se ve, entonces, más a través de diseños molares que moleculares.

El enfoque psicoanalítico y el neopsicoanálisis

En el juego de ese debate interior que contrapone las posiciones doctrinales de las escuelas psicológicas, debemos traer a colación ahora la escuela psicoanalítica que, como de todos es sabido, se vincula a la obra fundadora de Sigmund Freud (1856-1939), y se encuentra siempre en el polo contrario de toda orientación conductista.

El psicoanálisis tiene, como punto de partida, el particular interés puesto por Freud en un análisis del sujeto que lleve a profundizar en sus niveles no sólo conscientes y subconscientes, sino también inconscientes, para descubrir, en ese psiquismo profundo, los procesos y mecanismos generadores de la vida psíquica normal, pero sobre todo de la patológica. Para ello, Freud propone la utilización del método clínico, esto es, de caso único, ajeno por tanto a todo experimentalismo. Se trata de arrojar luz sobre los conflictos subyacentes en el individuo desde su infancia, cuya procedencia se remonta al juego de tendencias básicas, innatas y contrapuestas, que buscan su satisfacción, como son la «libido» (pulsión de vida) y el «tanatos» (pulsión de muerte). La formación de la personalidad y la patogenia de la neurosis darán ocasión a un intento de psicoterapia con cargo a una técnica analítica. Así pues, las tres grandes conquistas que el psicoanálisis se propuso alcanzar, guardan relación con una teoría de la personalidad y sus conflictos, un método exploratorio y la configuración de una acción psicoterapéutica.

Alfred Adler (1870-1937), como discípulo y crítico de Freud, inclinará su pensamiento

hacia la formulación de una doctrina sobre el complejo de inferioridad, con arreglo a la consideración del impulso de poderío como reacción ante el sentimiento de inferioridad que desde su infancia desarrollan los individuos. La psicogénesis de la neurosis, atribuida a los conflictos, encuentra así un nuevo asentamiento.

Otro discípulo de Freud, médico como el maestro y como Adler, fue Carl Jung (1875-1961), cuya gran aportación se mueve en relación con el descubrimiento de un inconsciente, no sólo individual sino también colectivo. Los contenidos de ese inconsciente colectivo, a los que llama arquetipos, alimentan todo un orden de determinantes transculturales de extraordinaria importancia para el conocimiento de los pueblos.

Erich Fromm (1900), en el camino hacia un psicoanálisis social, plantea una teoría de las necesidades típicamente humanas y nos descubre, con la idea de carácter social, el núcleo de una estructura que compartimos con los individuos de nuestra cultura. Con cargo a ellas, son moldeadas las energías con las que somos capaces de llevar a cabo un patrón social. El signo «necrófilo» y «biófilo» de un carácter representa la opción más radical que de éste pueda presentarse.

Otras tantas figuras del psicoanálisis contemporáneo, como las de Jacques Lacan (1901-1981), Harry Sullivan (1892-1949), Karen Horney (1885-1952), Franz Alexander, etc., significan formulaciones de enfoque psicoanalista en diferentes campos y áreas de la psicoclínica.

Psicología gestáltica y topológica

Desde el planteamiento de la primera ciencia psicológica, en la Alemania de fin de siglo estuvo latente el problema de la reducción de la mente a sus elementos básicos, de la que Wundt había sido el gran protagonista. Bien pues, muy poco antes de la primera guerra mundial, tres psicólogos germanos: Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1887-1967) y Kurt Kofka (1886-1941), representan la aparición de un nuevo enfoque de la psicología, que reacciona, al mismo tiempo, contra el asociacionismo de los elementos mentales y contra el conductismo de Watson, en el que el comportamiento se reducía a la relación de estímulo-respuesta. La psicología de la Gestalt apostará, frente a ellos, por las formaciones y patrones globales que se hacen presentes en la experiencia inmediata.

La psicología gestáltica (o psicología de la forma) presta especial atención al estudio de las configuraciones resultantes tanto de la conciencia como de otras operaciones psíquicas, siendo su postulado principal aquel según el cual *el todo es superior a la suma de las partes*. Este *todo* nunca va a ser accesible a través del mero análisis de los elementos que lo componen, sino que, por el contrario, será anterior a cualquier forma de análisis.

Los psicólogos de la Gestalt, centrados en el estudio de la naturaleza holista de los procesos psíquicos, aplican sus teorías sobre todo en el ámbito de la percepción, llegando a formular una serie de leyes que la determinan. Pero la influencia de estos planteamientos se dejó sentir también en ámbitos psicológicos muy distintos.

Es con arreglo a ese mismo espíritu totalista, que había recurrido a conceptos de figura-fondo, pregnancia y cierre, isomorfismo, etc., como surge la *teoría de campo*, considerando que el comportamiento tiene lugar en un ámbito globalizante que contiene al «Yo» y al «entorno» conductual. La aplicación de los conceptos gestálticos a la teoría de la motivación o a la de los grupos humanos, unido al descubrimiento del carácter singularmente dinámico de la conducta, han sido los cauces por los que discurre la figura de Kurt Lewin (1890-1947) en la formulación de un enfoque topológico.

La teoría de la motivación de Lewin está ligada a su concepto de las necesidades, surgidas tanto del mundo fisiológico como del deseo psíquico del sujeto. Esas necesidades implican descargas de energía, cambios de tensión y, por tanto, fuerzas que pueden expresarse a través de vectores y de valencias, razón que ha dado lugar a todo un cálculo

vectorial paralelo al que se utiliza en Física. Lewin es, además, en el ámbito psicosocial, el que pone en circulación las dinámicas de grupo, mediante las que se inducen cambios de conducta. Por esta razón puede ser considerado el gran propulsor de la psicoterapia de grupo.

El enfoque cognitivista

De ninguna forma quedaría mejor apuntado el cognitivismo que como una tendencia que ha venido recogiendo los flecos doctrinales provenientes de algunas de las escuelas antes descritas. Su interés, centrado en los procesos cognitivos, significa un campo de trabajo sobre el que se hace necesario establecer no sólo una metodología experimental, sino una utilización de modelos informáticos, con los que parecen coincidir algunas de nuestras operaciones mentales. Superar la interpretación conductista del estímulo-respuesta no quiere decir dejar de examinar cómo se comporta la mente cuando procesa la información recibida, almacenando, organizando y utilizando sus datos como si fuera un computador.

Pero el enfoque cognitivista arrastra una tradición que debemos fijar en Jean Piaget (1896-1980), porque en él la conducta intelectual y cognitiva, sobre todo de tipo evolutivo, constituye el foco de interés principal. Piaget plantea el tema de los procesos básicos para el funcionamiento intelectual, que son innatos y universales. Pero plantea también los períodos evolutivos, en los que se manifiesta el desarrollo intelectual del sujeto, a través de cuatro grandes etapas, que van desde el nacimiento hasta los quince años y que tienen, cada una, su propia caracterización cognitiva.

La tradición cognitivista es la que hemos visto también reflejada en Vigotski y en Luria, como partícipes de una mentalidad reflexológica, donde se han puesto de manifiesto los correlatos neuropsicológicos entre las lesiones cerebrales y las perturbaciones cognitivas, incluidas las del lenguaje.

El eje capital sobre el que descansa el cognitivismo en nuestros días tiene que ver con una vuelta a las estructuras mentales, desde las que pueda encontrar explicación el comportamiento. Los modos con los que se procesa la información y los niveles con que se ese procesamiento se realiza, abren hoy un campo extraordinariamente fecundo a esta nueva forma de concebir la Psicología, para la que la Cibernética supone una gran ayuda.

Psicohumanismo

No cabe una configuración disciplinaria estricta de este movimiento, en la medida en que su carácter principal reside en la versión crítica a todo cientificismo exacerbado, que ha llegado a olvidar que el sujeto de la conducta es esencialmente una persona y debe ser considerado en cuanto ser humano. En los años cincuenta y sesenta, por señalar unas fechas meramente indicativas, se produce la coincidencia de una serie de aportaciones provenientes de distintos campos de la psicología de la personalidad, de la psicología social y de la clínica, en la que esa reivindicación de la persona humana se hace más manifiesta.

Gordon Allport (1897-1967) defiende la existencia de rasgos de personalidad como «estructuras neuropsíquicas que pueden interpretar un gran número de estímulos, como funcionalmente equivalentes e iniciar y guiar conductas expresivas». Y opina que esos rasgos pueden ser comunes, pero pueden ser también individuales, llamándoles en este caso disposiciones personales o rasgos morfogénicos. En el camino hacia las funciones que se adscriben al yo, Allport propone partir de noción de *proprium* , para llegar al concepto de autonomía funcional y a los niveles de su realización en la personalidad madura.

En una línea paralela, Abraham Maslow (1908-1970) va a defender el papel de una psicología humanista, a la que considera como la tercera fuerza en Psicología. La teoría de la motivación, que en su momento examinaremos, le conduce a descubrir un orden de metanecesidades, de autorrealizaciones y de experiencias límite, a través de las cuales se

perfila un nuevo concepto peculiar del ser humano. A Carl Rogers (1902-1987) ha correspondido, en el ámbito de la psicoterapia, la defensa de un humanismo auténticamente operacional. El ego es un proceso dinámico que se va realizando en cada instante, pero que tiene un norte marcado por el ego ideal al que aspiramos. La psicoterapia es el medio de poner de acuerdo, congruentemente, ese ego ideal con el real. O si se quiere decir de otra manera, resolver las incongruencias que surgen cuando el autoconcepto se falsea. La incongruencia lleva consigo ansiedad, vulnerabilidad y desajuste, y perturba la relación con los demás. La reducción de esa incongruencia es la base de una terapia centrada en el «cliente», que recoloca a la persona en una situación exenta de amenaza y de tensión, en la que vuelva a ser posible la emergencia de los auténticos sentimientos desde los que el sujeto llegue a ser lo que realmente es.

El testimonio de una medicina humanística, en la que se enmarca todo el conjunto de ideas analítico-existenciales, personalistas y dialógicas, configura un rico horizonte de pensamiento clínico centroeuropeo, donde militan figuras de tan significativo relieve como las de Von Weizsäcker, Binswanger, Von Gebsattel, Frank, etc.

Acabamos de ver el desarrollo de un panorama de tendencias, escuelas, orientaciones y enfoques con el que hacernos cargo de la conjugación de los grandes referentes que maneja la Ciencia psicológica moderna. Lo asociativo o lo holista de la conducta, lo interno (mente) y lo externo (conducta observable), lo bioorgánico y lo personal, lo consciente y lo inconsciente, lo estático y lo dinámico, el proceso codificado y la crecida de la libertad, lo neuroelemental y lo sociocontextual, etc., son otros tantos binomios con los que ha sido escrita la historia próxima de este saber, que no ha sido nunca capaz de resolver del todo aquella vieja deuda que conserva tanto con la Filosofía como con la Fisiología.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO FERNANDEZ, F. *Psicología médica y social*. Salvat. Barcelona, 1989.
DAHME y SCHEER. Medical Psychology in the FRG. *Advances*, 3, núm. 4, 1986.
DE LA FUENTE, R. *Psicología médica*. FCE. México, 1962.
DELAY y PICHOT. *Manual de Psicología*. Marova. Madrid, 1974.
JEAMMET, *et al*. *Manual de Psicología médica*. Masson. Barcelona, 1982.
INSUA, A. *Introducción a la Psicología médica*. Promed. Buenos Aires, 1985.
LOPEZ IBOR, J. J. *Lecciones de Psicología médica*. Paz Montalvo. Madrid, 1973.
MORALES MESEGUER, J. M. ¿Qué es Psicología médica?. *Psiquiatría dinámica y psicoterapia*, 1, núm. 1, 1989.
MYERS, D. G. *Psicología*. Panamericana. Buenos Aires, 1988.
ORTEGA-MONASTERIO, L. *Lecciones de Psicología médica*. PPU. Barcelona, 1993.
PAPALIA y OLDS. *Psicología*. McGraw-Hill. Madrid, 1991.
RACHMAN, S. *Contributions to Medical Psychology*. Vols. 1, 2 y 3. Pergamon Press. Oxford, 1977, 1980 y 1984.
REY ARDID, R. *Psicología médica*. Espaxs. Barcelona, 1981.
ROJO SIERRA, M. *Fundamentos doctrinales para una Psicología médica*. Toray. Barcelona, 1978.
SCHNEIDER, P. B. *Psychologie Médicale*. Payot. París, 1971.
SCHULTZ, D. *History of Modern Psichology*. Academic Press. New York, 1975.
SEVA DIAZ, A. *Psicología médica*. INO. Zaragoza, 1994.
SHERIDAN y RADMACHER. *Health Psichology*. Wiley. New York, 1992.
WEINMAN, J. *An outline of Psychology as applied to Medicine*. Wright. Bristol, 1987.
WOLMAN, B. B. Manual de Psicología, vol. 1; *Historia, teoría y método*. Martínez Roca. Barcelona, 1979.
ZILBOORG y HENRY. *Historia de Psicología médica*. Psique. Bienos Aires, 1968.

CAPITULO

2

CICLO VITAL

Dr. Ricardo J. Toro G.

INTRODUCCION

El estudio y comprensión del ciclo vital de la persona humana es esencial para el entendimiento del hombre tanto en la normalidad como en la enfermedad.

Aunque cada individuo y cada historia vital es diferente y única, todos los seres humanos tienen un componente biológico similar siendo los temas básicos del desarrollo humano limitados y universales. Hasta hace relativamente poco tiempo, el interés de la Psicología y de la Psiquiatría se centraba casi por completo en las primeras etapas de la infancia y adolescencia, considerándose que el individuo alcanzaba la madurez al final de esta. En las dos últimas décadas este concepto ha cambiado, intensificándose las investigaciones sobre el desarrollo psicológico en la vida adulta, que han señalado como el proceso de desarrollo continúa, y como las etapas posteriores tienen determinadas metas, y por consiguiente un potencial de crecimiento o de crisis. Dentro de estas investigaciones merece destacarse las de George Vaillant que han proporcionado apoyo empírico al modelo del ciclo vital de Erikson.

Dentro de la perspectiva del desarrollo se considera que cada etapa del ciclo vital ofrece tanto la posibilidad de crecimiento y maduración como el peligro de sufrir una regresión o estancamiento al no cumplir las metas de cada una.

Existen varios enfoques conceptuales y de investigación, básicos para entender en forma integral el desarrollo de la personalidad durante el ciclo vital.

La teoría psicoanalítica originada por Freud conceptualiza cinco fases del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica o edípica y genital. Estas se refieren a las vicisitudes de la energía sexual o líbido a través de las diferentes etapas del desarrollo. (Para ampliar estos conceptos consultar el capítulo correspondiente). Harry S. Sullivan y Erik Erikson han modificado y complementado la teoría psicoanalítica del desarrollo. Sullivan enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales entre el niño y sus padres, lo mismo que el de las instituciones sociales en el desarrollo. En particular sus aportes son muy importantes en relación al período juvenil y a la adolescencia. Erikson des-

cribió las tareas psicosociales claves de cada fase del desarrollo psicosexual. Siguiendo el principio epigenético (que se aplica a los conceptos de desarrollo psicoanalíticos, a los de Erikson y a los de Piaget) el individuo debe resolver o satisfacer una tarea determinada antes de pasar a la de la etapa siguiente. Estas ocho tareas de desarrollo psicosocial son:

1) confianza básica vs. desconfianza básica (1 año)

2) autonomía vs. duda y vergüenza (2 años).

3) iniciativa vs. culpa (3 - 6 años)

4) industriosidad vs. inferioridad (6 - 12 años).

5) identidad vs. difusión (adolescencia)

6) intimidad vs. autoabsorción (adulto joven)

7) generatividad vs. estancamiento (edad madura)

8) integridad vs. desespero (vejez)

Jean Piaget estudió el desarrollo cognitivo del niño dividiéndolo en cuatro períodos que a su vez se subdividen en varios estadios:

1. Período Sensoriomotor (del nacimiento a los 18 - 24 meses). Esencialmente trata sobre el desarrollo intelectual preverbal.
2. Período Preoperacional (24 meses hasta los 7 años). El niño aprende a usar símbolos y lenguaje.
3. Período de Operaciones Concretas (7 años hasta la pubertad). Desarrolla un sistema cognitivo para entender al mundo y es capaz de integrar experiencias nuevas.
4. Período de Operaciones Formales (adolescencia temprana). Es capaz de pensar en proposiciones, de conceptualizar y usar hipótesis.

Arnold Gessel describió en forma detallada y organizada la secuencia de conductas y habilidades que se observan en el niño a medida que crece. Describe el desarrollo de las siguientes conductas:

1. Conducta Motora.
2. Conducta Adaptativa
3. Conducta del Lenguaje
4. Conducta Personal-Social.

La teoría del aprendizaje originada en los aportes experimentales de varios investigadores como Pavlov, Skinner, Bandura y otros, postula que buena parte de la conducta es aprendida por mecanismos de condicionamiento clásico, operante y social. Esta teoría no presenta propiamente un esquema del desarrollo de la personalidad pero es útil para entender ciertos aspectos del comportamiento (Consultar el capítulo sobre Teoría del Aprendizaje).

A continuación, se revisarán en forma breve los principales elementos del ciclo vital, comenzando con la gestación y terminando con la muerte (Cuadro No. 2-1).

PERIODO PRENATAL

El desarrollo del niño comienza con la concepción, y desde entonces se observa la interacción variable entre lo biológico y lo ambiental.

Desde el momento de la fecundación el huevo tiene un componente **genético** específico, único para cada individuo, que no sólamente determinará ciertas características físicas concretas como el color de los ojos y el pelo, sino que también le dará un programa para el desarrollo secuencial de una serie de funciones (maduración).

La herencia también influirá parcialmente en la forma y estructura del cuerpo, en el funcionamiento del sistema nervioso Autónomo, en ciertos patrones de personalidad (introversión-extraversión) y en la inteligencia. Además algunas enfermedades físicas y mentales están parcial o totalmente determinadas por la herencia.

Durante la vida intrauterina el ambiente es muy protector, hay un bajo nivel de estimulación, sin embargo, el feto puede responder a ciertos estímulos y por lo tanto se puede condicionar.

El **estado de salud** de la madre va a influir decisivamente en el desarrollo del feto: hemorragias serias, problemas metabólicos como diabetes, infecciones como la roseola, el uso de ciertas drogas, (como las antimetabólicas), el alcohol, la radiación, la incompatibilidad de Rh y grupos sanguíneos, etc. y muchas otras sustancias u organismos en

Cuadro No. 2-1

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD SEGUN FREUD ERIKSON Y PIAGET

Edades		Freud	Erikson	Piaget
			Integridad Vs. Desesperanza	
Vejez				
	65		Generatividad Vs. Autoabsorción	
Edad madura				Operaciones Formales
	40		Intimidad Vs. Aislamiento	
Adulto joven				
	18			
	17	Genital		
	16		Identidad Vs. Difusión	
	15			
	14			
	13			
	12			
	11			
	10			Operaciones Concretas
	9	Latencia		
	8		Industria Vs. Inferioridad	
	7			
	6			Pensamiento Intuitivo
	5			
	4	Falica	Iniciativa Vs. Culpabilidad	Pensamiento Preconceptual
	3			
	2	Anal	Autonomía Vs. Duda	
	1	Oral	Confianza Vs. Desconfianza	Sensoriomotor
Años				

el sistema circulatorio de la madre podrán afectar al feto.

El **estado psicológico y emocional** de la madre también es importante en este contexto. Esto se evidencia en situaciones como vómitos severos, maniobras abortivas voluntarias, uso de sedantes o anestesia en madres inmaduras y temerosas del parto. Se ha comprobado que a través del sistema neurohormonal de la madre y en respuesta a estados de stress, se originan cambios en la frecuencia cardíaca del feto, en sus movimientos corporales y en la actividad intestinal. Hay evidencia que los recién nacidos de madres

perturbadas tienden a ser hiperactivos en su respuesta a estímulos, y tienen más labilidad en el funcionamiento cardíaco y gastrointestinal.

También va a ser muy importante en el desarrollo del niño, si el embarazo es deseado o no, y en caso de que no lo sea, el grado de aceptación o rechazo que se tenga hacia él. La existencia de una preferencia especial por tener un hijo de un sexo determinado puede ser un factor importante en el desarrollo posterior.

El embarazo es una **experiencia de desarrollo** muy importante para la madre, el padre, el niño que va a nacer, los otros hijos y el resto de la familia. La introducción de un nuevo miembro cambia la naturaleza del grupo, y el cambio es particularmente profundo cuando se trata del primer hijo. El nacimiento de un hijo no es un hecho biológico aislado sino que requiere la creación de un nuevo sistema social para la supervivencia y desarrollo integral de ese hijo. Implica para los esposos la adopción del papel de padres.

El embarazo y el parto son procesos **naturales.** Por consiguiente tienen su propio balance homeostático. Las actitudes de la sociedad y de la medicina hacia el grado de intervención que debe tenerse en el embarazo y el parto varían según la época y la cultura. En ciertos países se confía más en el desarrollo natural de los procesos de embarazo y parto, tendiéndose a un menor porcentaje de partos en hospital, menor uso de drogas durante el parto, disminución de la episiotomía, presencia del padre durante el parto, etc. En otras partes hay mayor intervención médica. Es necesario que las ciencias de la salud al comprender cada vez mejor los aspectos biopsicológicos del embarazo y parto, puedan intervenir aumentando las posibilidades de un nacimiento saludable y estimulando el desarrollo adecuado de la pareja.

El embarazo constituye un período de **crisis** ya que se producen rápidos cambios físicos, estados emocionales fluctuantes, y requiere además la adquisición de una nueva identidad para los esposos. Por crisis no se entiende patología sino un período con posibilidad de crecimiento y maduración, o de regresión.

Cada pareja responderá diferente a esta situación de acuerdo con la personalidad previa de los cónyuges, el manejo dado a crisis anteriores, el ajuste marital actual y el apoyo social y familiar disponible.

Durante el embarazo la madre va a experimentar frecuentes cambios en su estado de ánimo que van desde la euforia hasta la tristeza y el aislamiento. Su interés y capacidad de respuesta sexual sufrirá también bruscas variaciones.

Este es también, un período de tensión para el esposo. Fuera de manejar la ansiedad causada por los cambios físicos, psicológicos y sexuales de su esposa, debe ser para ella una fuente de apoyo emocional. A veces puede percibir cambios de ésta como un rechazo personal hacia él.

Las nuevas responsabilidades de tipo económico constituyen una fuente de stress para algunas parejas. Todos tendrán que prepararse para su nuevo papel como padres, enfrentando los temores provenientes de su propia infancia, y las dudas de que este hijo sea anormal. El médico debe explicar a la pareja todos los pasos y procedimientos a seguir durante el embarazo y parto, así como estimular la presencia y participación del padre en todo el proceso.

El embarazo es un estado en el que se puede observar muy claramente la **interacción entre factores biológicos y psicológicos.** Los cambios físicos y hormonales en la mujer embarazada afectan sus sentimientos, su sentido de sí misma, su imagen corporal y su sexualidad. A su vez estos cambios emocionales afectan su bienestar físico. Durante el embarazo el stress puede producir molestias y síntomas físicos que van a perturbar el equilibrio psicológico. Ya a nivel patológico, la hiperemesis gravídica, el aborto espontáneo habitual, la pseudociesis o embarazo imaginario son ejemplos dramáticos de correlación psicofisiológica.

El **nacimiento del niño** constituye la culminación y clímax de los nueve meses anteriores. Es muy importante que la madre pueda relajarse y entregarse a los procesos fisiológicos normales del trabajo del parto. Si la

madre está muy temerosa, si se siente avergonzada, si el personal médico y para-médico tienen una actitud fría y de poco apoyo, ésto contribuirá a ponerla tensa, a que sienta más dolor y a dificultar su labor.

La vida de la pareja no vuelve a lo normal después del parto. La madre puede tener contracciones uterinas dolorosas, molestia con las suturas de la episiotomía, fatiga, sensibilidad extrema en los senos y desengaño al verse todavía con sobrepeso.

La expectativa común de reiniciar la vida sexual normal después de la sexta semana va a traer un desengaño a muchas parejas. Masters y Johnson encontraron que casi un 50% de mujeres entrevistadas 3 meses después del parto, experimentaban muy poco o ningún interés sexual. Además sentían fatiga, debilidad y dolor en las relaciones sexuales. A los 2 meses del postparto la vagina lubrica menos y la fase de excitación es mucho más difícil de lograr.

Las primíparas pueden experimentar cambios de ánimo, tristeza, deseos de llorar y temores. Se estima que una de cada 4 mujeres pueden tener una reacción depresiva leve. Las psicosis postparto generalmente de tipo depresivo tienen una incidencia de 1 - 2 por 1.000 partos.

Existen muchas teorías especulativas acerca de los efectos psicológicos del nacimiento, mirándolo como la primera situación verdaderamente traumática, que el individuo tiene que afrontar.

Lo que es fácilmente observable, es que con el parto, aumenta notablemente el nivel de estímulos a que está sometido el niño, quién pasa rápidamente de un ambiente con temperatura regulada, sin luz, con poco estímulo táctil, al mundo externo donde está virtualmente inundado por múltiples estímulos.

El desarrollo del sistema nervioso es todavía tan primitivo que no puede haber mayor percepción consciente de la experiencia del nacimiento y por lo tanto ningún registro en la memoria.

PRIMER AÑO

1. El Neonato.

Aunque al nacer, el niño trae consigo nueve meses de interacción y desarrollo complejos, es sin embargo, extremadamente dependiente e incapaz de cuidar de sí mismo, en comparación al producto de la mayoría de las especies.

El repertorio conductal del recién nacido está constituído básicamente por ciertos reflejos y por estados biológicos de tensión que se despiertan en respuesta a la no satisfacción de sus necesidades básicas. De estos reflejos, algunos, como el de búsqueda y succión son muy importantes desde el punto de vista adaptativo, otros, como el reflejo de Moro no lo son tanto.

El recién nacido tiene además una serie de necesidades básicas biológicas (alimentación, sueño, conservación de temperatura, respiración, eliminación de orina y materias fecales) algunas de las cuales funcionan en forma más o menos automática, y otras, como la necesidad de alimentación requieren necesariamente la intervención de otra persona. La no satisfacción de cualquiera de estas necesidades conduce a un aumento de su tensión biológica que se descarga parcialmente llorando.

El amor maternal se ha mitificado románticamente creyéndose que surge espontáneamente cuando el niño nace. Este amor o mutualidad entre madre-hijo necesaria para que la madre empatice con las necesidades del niño, realmente se inicia desde el embarazo. La madre siente que el feto es parte de ella y el amor hacia el niño es en parte un amor narcisita.

a. Diferencias individuales. Otro mito es pensar que todos los bebés nacen iguales, como "tabula rasa", y que por lo tanto el ambiente, muy especialmente la madre, va a tener un 100% de influencia sobre la formación de su personalidad. Estas concepciones están muy lejos de la verdad. En estudios serios se ha comprobado que las madres tenían razón al creer empíricamente que los niños tienen temperamentos distintos desde el momento del nacimiento. Se han observado diferencias individuales en la intensidad de respuesta del recién nacido a estímulos auditivos, visuales y táctiles. Un niño despierta con un estímulo determinado

auditivo, luminoso o táctil mientras que otro continúa durmiendo. Hay diferencias en la manera en que chupan el pezón, y en la sensibilidad autonómica. A un estímulo determinado, la respuesta cardíaca, respiratoria, etc. va a diferir, existiendo niños más lábiles que otros. Se han encontrado además muchas más diferencias en patrones de actividad motora, en estados tensionales y maneras de descarga como el llanto, etc. De tal manera, que el recién nacido comienza la vida con su propia individualidad que va a afectar a sus padres y al tipo de relación que se establezca con ellos. Además, el niño nace con la capacidad de oir, ver, gustar y oler. Puede mantener fijación de la mirada y seguimiento visual. Prefiere mirar a la cara humana.

De otra parte, para los padres es una necesidad emocional básica el poder establecer una relación mutuamente gratificante con el niño. Ellos quieren dar, pero también quieren recibir. Por este motivo toda respuesta o gesto del bebé va a tener un significado profundo para los padres estimulándolos a repetir aquel comportamiento que produjo la respuesta deseada, bien fuera la sonrisa, la atenuación del llanto, etc.

Se ha comprobado que las diferencias ya mencionadas, persisten más adelante como patrones de temperamento. Thomas, Chess y Birch, estudiaron niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad. Dividieron los niños en dos grupos, "fáciles" y "difíciles", de acuerdo a su comportamiento y a la opinión de los padres. Los niños "difíciles" característicamente eran irregulares en sus funciones biológicas de alimentación, sueño y eliminación, fueron lentos para adaptarse a cambios en el ambiente reaccionando intensamente con llanto fuerte y rabietas. Alrededor del 70o/o de este grupo desarrollan eventualmente problemas de conducta, y el 30o/o restante se adaptan lentamente a las exigencias de su ambiente. Es importante anotar como no todos los niños "difíciles" se volvieron niños problema, y ésto dependió de la habilidad y capacidad de los padres para ayudar al niño a adaptarse. En contraste, los niños "fáciles" eran altamente regulares en sus rítmos biológicos, tenían facilidad de adaptación a situaciones nuevas y muy pocos desarrollaron problemas de conducta más tarde.

b. Mutualidad. Esta consiste en la armonía entre las necesidades de los padres y del niño. Es un proceso dinámico y variable a través del tiempo. Tomando el reflejo de succión; un niño activo que chupe fuerte va a hacer sentir bien a una madre también activa que quiere dar mucho y recibir mucho del bebé. Ella se va a sentir madre. En esta situación hay armonía mutua de necesidades. Esta misma madre con un niño perezoso para chupar, con ciclos de hambre y sueño irregulares, puede llegar a sentir que no es buena madre y que no lo está haciendo bien.

Mirando esto desde otro ángulo, tenemos que ciertas madres, padres y familias se sienten muy bien con el cuidado del niño pequeño todavía dependiente, pero cuando este comienza a separarse, a independizarse, se rompe la armonía, como a veces sucede con algunos adolescentes cuando sus padres no les permiten independizarse.

Existe una serie de medidas que al mejorar la seguridad y conocimientos de los padres estimulan el desarrollo de la mutualidad entre ellos y el niño como los cursos prenatales, el parto natural, la alimentación al seno, etc.

2. Desarrollo social y emocional.

El levantar el niño en un ambiente higiénico, con adecuada satisfacción de sus necesidades físicas, con prevención y tratamiento oportuno de enfermedades, no es suficiente para el desarrollo armónico. Es absolutamente fundamental que el niño reciba la atención, el amor y los estímulos necesarios para que tenga un desarrollo normal. Aquellos niños criados en ambientes donde estas necesidades no se tienen en cuenta se retardan considerablemente en el lenguaje y en el desarrollo intelectual y afectivo. En su clásico estudio de **hospitalismo**, René Spitz comparó niños criados en tres ambientes: en un hogar normal, en una prisión con su madre, y en un orfanato muy higiénico pero emo-

cionalmente estéril. Los niños de los dos primeros grupos se desarrollaron normalmente. Los del tercer grupo mostraron desde el tercer mes una especial susceptibilidad a infecciones y mayor tasa de mortalidad. A la edad de 2 y medio años, sólo dos de los 26 niños del orfanato podrían hablar un poco o caminar.

Durante los primeros dos o tres meses de vida el niño atraviesa la llamada fase indiferenciada o autista (Mahler), después entrará en la fase simbiótica, y al final del primer año comienza la fase de separación-individualización.

La primera se ha denominado **fase indiferenciada o autista** porque el niño no puede discriminar entre él y el mundo externo, no tiene concepto de su cuerpo, ni de su imagen corporal. No distingue la diferencia entre su cuerpo y el de la madre, ni entre chupar su dedo y chupar un objeto distinto.

En las primeras semanas la madre es básicamente un regulador de tensión para el niño, tratando de averiguar por qué llora y de satisfacer sus necesidades. La madre recibe muy poco estímulo a cambio de sus cuidados; sin embargo, la mayoría realizan bien sus tareas durante este tiempo, ya que ven en el niño una serie de cualidades que no tiene todavía. Entre el segundo o tercer mes el bebé comienza a sonreir al ver la cara de la madre, lo cual se convierte en un estímulo muy poderoso para ella. Sin embargo, él no la reconoce todavía, ya que en esta época, un bebé responde a cualquier cara humana que vea de frente, no de perfil y aún al dibujo de una cara, sobre todo si se mueve. Esta **respuesta de la sonrisa** se ha llamado la primera respuesta social que el niño realiza.

Durante la **fase simbiótica** de los 2 ó 3 meses hasta los 8 meses aproximadamente, se desarrolla una interacción activa y recíproca entre madre e hijo. La madre juega más con el niño, le habla, trata de hacerlo sonreir, lo acaricia, lo carga, etc. y a su vez el niño responde con una gama más amplia de sonrisas, balbuceos y movimientos.

a. Fenómeno del apego. El niño se apega cada vez más a su madre.

Existen varios factores biológicos que contribuyen al desarrollo del fenómeno del apego: a) la prolactina que se piensa puede estimular sentimientos de placidez y de pasividad receptiva en la madre; b) la capacidad temprana del bebé de fijar la mirada en la cara de la madre; c) el reflejo de chupar que produce satisfacción al bebé, alivio del hambre y que a su vez es placentero para la madre a nivel psicológico y aun a nivel de estimulación genital; d) el llanto del niño que despierta a la madre la tendencia a aquietarlo. Algunos han postulado aún, la influencia del olor de la madre, como ocurre con algunos animales.

La intensidad del apego puede variar de acuerdo a circunstancias socio-culturales. Cuando el cuidado del niño no corre a cargo de una sola persona, sino de varias, la intensidad del apego puede ser menor sin que ésto sea necesariamente negativo, con tal de que las necesidades afectivas del niño estén siendo tenidas en cuenta.

Durante la fase simbiótica el niño va adquiriendo un repertorio cada vez más amplio de imágenes, y recuerdos de la madre, hasta que llega un momento alrededor de los 8 meses, en que es capaz de diferenciarla de otras personas manifestándose ésto en llanto ó **temor ante caras extrañas o ansiedad de separación**. Durante esta época pueden aparecer ciertas dificultades en el sueño cuando ella se aleja o no está presente. El niño reconoce a la madre como diferente de si mismo, pero cuando no está presente, es como si dejara de existir para él, porque no puede retener una imagen mental que le permita tolerar la separación.

Después de desarrollar el apego a la madre el niño tiene que comenzar a separarse (iniciando así la **fase de separación-individualización**) y aprender que ella existe aún cuando no esté físicamente presente. Esta constituye una de las metas psicológicas de los años siguientes, y comienza a finales del primer año, con la capacidad de retener la imagen mental de la madre como un medio de manejar la separación.

El desarrollo motor de los últimos meses del primer año que, permite al niño, primero gateando y luego caminando, alejarse de la

madre cuando lo desea, es uno de los factores que intervienen en el proceso de separación e individualización.

b. Fase oral. La escuela psicoanalítica se refiere al primer año de vida como la fase oral del desarrollo psicosexual, enfatizando que la vida del bebé se centra alrededor de la boca, a través de la alimentación que le proporciona no sólo nutrición sino placer. Esta satisfacción oral se ejemplifica en la succión no nutritiva que hace el niño del dedo o de otros objetos.

El énfasis en el placer oral, lleva a veces a olvidar la importancia de otras modalidades de comunicación entre la madre y el niño como son: por ejemplo, la manera cariñosa y relajada como la madre sostiene al niño al alimentarlo, la forma de tocarlo, lo cerca de sí que lo cargue, pudiendo el bebé sentir el olor y el calor del cuerpo de la madre, su voz al cantarle o hablarle y el contacto visual que se establece con la cara de ésta.

Harlow en un experimento clásico demostró la importancia del contacto táctil en chimpancés. Puso un grupo de macacos rhesus infantes en contacto con dos tipos de madres artificiales. Una era de alambre y sostenía un tetero del cual se alimentaban. La otra estaba forrada en felpa. Cuando a los monos se les producía miedo, en lugar de correr hacia la madre de alambre, se aferraban a la de felpa.

c. Confianza básica. Durante el primer año debe existir un balance adecuado entre gratificaciones y frustraciones. En los primeros meses el niño no es capaz de esperar o de tolerar ninguna frustración. Sin embargo, por mucho que la madre se preocupe, habrá frustraciones inevitables que si se conservan dentro de ciertos límites, traerán resultados positivos al estimular el desarrollo de funciones del yo como el sentido de realidad y la capacidad de anticipar.

Dentro de los extremos del cuidado materno, existen mujeres que tienen grandes dificultades en dejar esperar a sus hijos, no sólamente en esta etapa de la infancia, sino en las subsiguientes, tratando de anticipar necesidades del niño a tal grado que no dejan que el niño aprenda a esperar. Otras madres estarían en el polo opuesto al no llenar adecuadamente las necesidades del niño sometiéndolo a estados de tensión prolongados.

El balance adecuado entre gratificación y frustración lleva según Erikson a que el niño alcance un sentimiento de confianza básica, al sentir que sus necesidades pueden ser satisfechas regular y predeciblemente.

d. Objeto transicional. Hacia el final del primer año, vemos la aparición en muchos niños del llamado objeto transicional que consiste en un apego especial hacia un juguete, almohada o cobertor. Representa una manera más de manejar la ansiedad de separación, ya que es usualmente de textura suave simbolizando el vínculo con la madre. Característicamente se hace más necesario cuando el niño experimenta separación en la noche, o cuando está fatigado, con rabia o miedo.

3. Desarrollo cognoscitivo.

a. Período sensorio-motor. (del nacimiento a 24 meses).

El niño nace con una serie de reflejos. Algunos permanecen inmodificados toda la vida, como el reflejo pupilar. Otros, como el reflejo de succión se modifican con la experiencia. Al principio el bebé chupa cualquier objeto que esté en la boca, pero después desarrolla diferentes respuestas de succión dependiendo de las características del objeto. Piaget llama esquemas, estas primeras respuestas o reacciones de chupar, agarrar o mirar. Estos esquemas se perfeccionan con la repetición, y llega un momento en que se organizan entre sí, de modo que el niño de 5 meses puede mirar un objeto, agarrarlo y llevarlo a la boca para chuparlo.

Piaget demostró que si a un niño de 7 meses, se le muestra un juguete y en su presencia se lo tapa con una sábana, no es capaz de buscarlo. En cambio al final del primer año, moverá la sábana para encontrar el juguete, demostrando así la capacidad de mantener la imagen mental del objeto.

Algunos de los juegos favoritos del final del primer año, están muy relacionados con el manejo de la ansiedad de separación y el aprendizaje del concepto de permanencia de los objetos y personas. Por ejemplo: el popular juego de escondidijo en que el adulto se tapa la cara o se esconde momentáneamente para reaparecer después, o el juego de sacar o meter un objeto en un recipiente en forma repetida, o de tirar un objeto al suelo para que se lo recojan.

b. Memoria. En cuanto al desarrollo de ciertas funciones como la memoria, se considera que en un principio, el bebé cuando tiene hambre no sabe qué le pasa, ni qué lo aliviará, simplemente desarrolla un estado de tensión biológico que manifiesta llorando y que la madre satisface alimentándolo. La repetición de esta situación muchísimas veces le permite al niño comenzar a anticipar el alivio de la tensión del hambre, al reconocer ciertas señales previas a la alimentación, como la entrada de la madre al cuarto, su voz, la preparación de los teteros, etc.

c. Imagen corporal. En los primeros meses comienza a desarrollar su imagen corporal por medio del mecanismo de tocar en dos puntos. Si toca una parte de su cuerpo, por ejemplo en la cara, siente en dos lugares, en el dedo y en la cara, mientras que si toca un objeto externo siente solamente en un punto.

d. Sentido de la realidad. Comienza a evolucionar también con el desarrollo de la memoria; tomando el ejemplo de la alimentación, anteriormente descrito, llega un momento en que la sensación de hambre trae a la memoria del niño, ciertas situaciones que lo han satisfecho antes, como el seno de la madre o el tetero, situaciones placenteras, que al ser representadas mentalmente, le permiten tener por corto tiempo un alivio pasajero del hambre. En este punto podemos suponer que el niño no es capaz de entender la diferencia entre lo que él imagina y la realidad, sin embargo, la repetición de esta experiencia, lo llevará a distinguir entre la imagen mental de algo, y ese algo fuera de sí, o sea el mundo real.

4. Problemas comunes.

Durante el primer año se pueden iniciar ciertos problemas de conducta (que son sin embargo de más común aparición en el segundo y tercer año) manifestados por llanto excesivo, irritabilidad, inapetencia e insomnio. También pueden presentarse problemas de tipo psicofisiológico, tales como, cólico, vómito, trastornos de piel. Todas estas manifestaciones se pueden entender con base en conflictos en la relación madre-hijo alrededor de la inadecuada satisfacción de las necesidades del niño, especialmente de las emocionales, que generan en él grados variables de tensión y frustración. La corrección de las fallas existentes generalmente conduce a una rápida mejoría de estos síntomas.

El Retardo Mental severo y profundo se podrá diagnosticar en este período debido al marcado retraso psicomotor que conlleva.

Aunque el diagnóstico de Autismo Infantil en la práctica se hace más tardíamente, desde el primer año se observarán ciertos síntomas como la falta de interés en relaciones interpersonales manifestada por ausencia de sonrisa y falta de ansiedad ante extraños.

Otras patologías típicas del primer año son el ya mencionado Hospitalismo descrito por Spitz en niños deprivados de la satisfacción de necesidades emocionales desde los primeros meses de vida. Otro cuadro relacionado es la Depresión Anaclítica (Bowlby) en aquellos niños que sufren la deprivación materna y emocional pero después de haber desarrollado una relación con la madre, la cual generalmente está ya más cimentada alrededor del sexto mes.

SEGUNDO AÑO

Durante el segundo año se pasa de ser un bebé (dependiendo de otros para la satisfacción de la mayoría de sus necesidades) a ser un niño comenzando a manifestar alguna independencia. Las fuerzas combinadas del crecimiento, maduración y aprendizaje producen notables progresos en materia

de estatura, destrezas motoras y capacidades cognoscitivas y del lenguaje. Inevitablemente, estos factores dan lugar a nuevas y diferentes percepciones de sí mismo y del ambiente, además, las reacciones de las personas alrededor del niño son considerablemente diferentes ahora de lo que eran antes ya que en este período se inicia formalmente el proceso de socialización, a través del entrenamiento en esfínteres, limpieza, control de la ira, restricción de las tendencias exploratorias.

3. Desarrollo cognoscitivo.

a. **Lenguaje.** Tal vez el desarrollo más notable del segundo año, y con mayores consecuencias en todo sentido es el del lenguaje. Durante este año el niño comienza a asociar muchos símbolos (palabras) con objetos y a usar las palabras con sentido, su comprensión de las preguntas y de las órdenes aumenta y el habla se vuelve más compleja y comprensible.

Al aprender el lenguaje, no sólo aprende a comunicarse verbalmente sino, que está asimilando maneras de pensar, de razonar y los significados de la cultura. La capacidad de desarrollar lenguaje constituye un atributo humano innato. Todos los bebés comienzan a balbucear, es decir, a unir una consonante y una vocal. Inicialmente este fenómeno se debe a la maduración de las estructuras orofaringolaríngeas, los sonidos que se producen son universales en toda cultura, y aun los niños sordos los emiten. Pero pronto, el balbuceo es reforzado al oirse a sí mismo y autoestimularse con la repetición constante. Pero también necesita el refuerzo que recibe de la madre quien estimula algunos de estos fonemas como el ma-ma-ma, que eventualmente se asociará con la presencia de la madre. Inicialmente el niño usa esa palabra con una variedad de significados, para referirse a la madre, al padre, para pedir un objeto que cae de la cuna. Pero luego el significado de la palabra se limitará sólamente a la madre.

En el desarrollo inicial del lenguaje el niño identifica una representación visual con un sonido específico. Si al darle un dulce, se le dice la palabra y se le hace repetir, aprenderá eventualmente la relación entre el objeto y el sonido. Al final del segundo año el niño puede estar hablando ya en frases cortas de dos o cuatro palabras.

Alrededor del segundo año la palabra favorita del niño llega a ser NO. La dice muchas veces automáticamente, aun en respuesta a algo que quiere. El NO representa de un lado un intento de autoafirmación y del otro una manifestación de la identificación (e imitación) con la madre que está diciéndole NO de muchas maneras, (no siempre verbalmente). Para Spitz, el NO, al ser una abstracción, inicia un nuevo nivel de comunicación, la comunicación de conceptos abstractos.

Durante las dos etapas finales del **período sensoriomotor**, que generalmente caracterizan el segundo año el funcionamiento cognoscitivo se vuelve más complejo, objetivo y orientado hacia la realidad. En la penúltima etapa (reacción circular terciaria y experimentación activa) entre los 12 y 18 meses el niño manifiesta maneras más efectivas de estudiar objetos nuevos. Repite movimientos con variaciones y explora por ensayo y error.

En la etapa final del período sensoriomotor el niño adquiere una forma primitiva de representación desarrollando entonces la capacidad de imaginarse acciones o acontecimientos antes de ejecutarlos en la realidad y además, es capaz de aplazar la imitación, es decir, de reproducir de memoria la conducta de un modelo.

2. Desarrollo emocional y social.

En contraste con el desarrollo del lenguaje que depende mucho de factores de tipo ambiental, el desarrollo motor depende básicamente de la maduración, que se debe en parte a la mielinización. Esta es más temprana en niñas que en niños.

La capacidad de caminar del niño hace que sus padres entren a funcionar no sólamente como proveedores de sus necesidades básicas, sino que comiencen a actuar como protectores, poniendo límites a la actividad física del niño y evitando los peligros que encontrará a su paso.

El niño comienza a explorar el mundo circundante con gran interés y en este proceso puede hacerse daño o hacer daño, por lo cual los padres tienen que intervenir y poner límites acerca de lo que debe o no hacer. El tipo de límites que se establezcan y la manera de implementarlos es una variable muy importante en el desarrollo. Ciertas familias son exageradamente cuidadosas en este sentido, sobreprotegiendo y limitando excesivamente al niño en su iniciativa, su interés de investigar y ensayar situaciones nuevas. Otras son extremadamente críticas diciéndole no y culpándolo por todo. En el extremo opuesto están aquellas madres o familias que son incapaces de poner límites al comportamiento del niño y que por negligencia o por un erróneo temor de frustrarlo lo dejan hacer lo que le venga en gana. Lo ideal estaría en aquellas familias capaces de imponer límites realistas al mismo tiempo que les permitan conocer su mundo y ensayar sus capacidades.

Para Erikson las anteriores experiencias llevan a que el niño desarrolle un **sentimiento de autonomía** con el consiguiente interés y satisfacción de explorar y tomar la iniciativa; o un sentimiento de culpa, de duda e inseguridad cuando estas experiencias no han sido satisfactorias.

El **entrenamiento de esfínteres** es una área más en que el niño se debe someter a la socialización y a las normas de la cultura. Para efectuar este entrenamiento se requiere que haya suficiente maduración neurológica (mielinización, que proporciona la capacidad de controlar voluntariamente los esfínteres y que ordinariamente se adquiere al año y medio de vida; un índice indirecto de esta maduración es la maestría en caminar) y tener alguna capacidad de comunicación verbal, de modo que pueda indicar sus necesidades. Esto es más necesario en sociedades con cierto desarrollo, en que los servicios sanitarios no los puede utilizar el niño por sí solo.

Algunos creen que se puede entrenar a niños menores de un año sentándoles en el sanitario después de las comidas para aprovechar el reflejo gastrocólico. Esto es más un entrenamiento de la madre y no educa al niño ya que no participa voluntariamente. Por lo tanto esta práctica no es aconsejable y puede además ser perjudicial. El entrenamiento precoz o con presión excesiva produce, según la Teoría psicoanalística, fijaciones a nivel anal, lo cual predispone a síntomas como encopresis, constipación, comportamiento obsesivo, hostilidad, negativismo, timidez y conformismo.

El entrenamiento de esfínteres no es algo innato en el niño; básicamente el control se adquiere al renunciar el niño a la eliminación espontánea de orina y heces, por complacer a su madre. En otras palabras, es menos doloroso y preferible, renunciar a la eliminación espontánea, que arriesgarse a perder el amor de la madre o incurrir en su desaprobación.

El entrenamiento puede realizarse utilizando tanto el amor como el temor y el castigo, pero obviamente es más conveniente utilizar el estímulo y el refuerzo positivo.

Normalmente, la madre flexible tendrá en cuenta en el entrenamiento, no sólo sus necesidades sino las del niño y entenderá que este es un proceso gradual que no se hace de un día para otro. Comprenderá también que mucha resistencia de parte del niño puede significar que el entrenamiento está interfiriendo con su necesidad de independencia y que es mejor suspenderlo y esperar un poco para reiniciarlo. Cuando la madre está contínuamente restringiéndolo, limitando su conducta y tratando de que se conforme, el niño aprenderá que sus esfínteres son un área que ella no puede controlar si él no quiere. Puede comenzar entonces una batalla de independencia, control e individuación alrededor del entrenamiento de esfínteres. Mientras más insista la madre, más desafiante se volverá el niño. El entrenamiento de esfínteres se realiza generalmente más rápido y con menos conflicto en las niñas ya que la mielinización es más temprana y la micción y la defecación se hacen en la misma posición.

a. **Super yo.** A pesar de la conducta negativista que el niño exhibe durante esta etapa, gradualmente va aprendiendo a internalizar los límites impuestos, los "si" y "no", de sus padres. La internalización de estas reglas

constituye el comienzo de la conciencia moral, del super yo. Sin embargo, el super yo es muy rudimentario en esta etapa y el niño sólo observará sus dictados si alguno de sus padres está presente.

b. Identidad de género. En esta etapa los niños aprenden a identificarse como varones o hembras, básicamente a través del mecanismo de identificación y del trato diferencial que los padres le dan según la asignación de sexo que se realiza desde el nacimiento. Los niños no tienen todavía mayor interés en sus diferencias o en su funcionamiento sexual, pero establecen de los 18 meses en adelante, lo que Money denomina identidad de género básico, que consiste en la capacidad de identificarse como hombre o como mujer. Las intervenciones quirúrgicas destinadas a cambio de sexo como en los estados intersexuales, deben realizarse antes de la afirmación de identidad básica de género.

3. Problemas comunes.

En contraste con el primer año, en que la ansiedad básica del niño es el temor al abandono o a perder la madre, en el segundo año, el temor básico es el miedo de perder su amor y aprobación, que resulta del conflicto que se establece entre los impulsos y deseos del niño y los controles y prohibiciones de los padres. Ante la amenaza de desaprobación o de perder el afecto de la madre, se comienzan a ver ciertos mecanismos de defensa que utiliza el yo para intervenir entre los impulsos y el ambiente externo. Por ejemplo, el mecanismo de anulación se puede observar en el niño que teniendo ya alguna conciencia de que debe defecar en el sanitario, al hacerlo en los pantalones corre y se sienta en el sanitario como tratando de borrar lo que hizo. Cuando hay más internalización de los mandatos, el niño puede pasar transitoriamente por una fase obsesivo-compulsiva en la que se vuelve muy limpio, meticuloso y obediente. Aquí está de por medio el mecanismo de reacción formativa que lo lleva a hacer todo lo opuesto de lo que sus impulsos le dictan.

Durante el segundo año son frecuentes y normales las rabietas, algún grado de negativismo y períodos de inapetencia y caprichos alimenticios. A esta edad, provocan comunmente reacciones de miedo, los ruidos, acontecimientos extraños, la caída o el peligro de caerse, los animales y la oscuridad.

Otros problemas comunes son los del sueño: resistencia a acostarse, rituales antes de ir a dormir, intentos de dormir con los padres y pesadillas.

Todo lo mencionado anteriormente se manifiesta en forma más severa y frecuente cuando existen conflictos en la familia o en la relación con la madre, o también cuando hay un mal manejo de estas situaciones normales (como cuando se presta atención a las rabietas).

En este año se pueden sentar las bases emocionales para los trastornos en el control de esfínteres (Enuresis y Encopresis) pero todavía no son diagnosticables puesto que el control diurno se alcanza muchas veces en el año siguiente.

TRES A SEIS AÑOS

Entre las edades de 3 a 6 años el niño deja de ser un bebé; el desarrollo de los tres años siguientes está orientado hacia la obtención de mayor autonomía. Hay varios factores que influyen: la manera como el niño haya manejado las etapas anteriores, la actitud de los padres y el desarrollo de una mayor capacidad cognitiva. La vida del niño va cambiando, de un mundo centrado alrededor de la madre hacia un círculo más amplio que incluye al padre, hermanos e iguales, así como a otros familiares. Cambia también de una visión egocéntrica del mundo a un mejor reconocimiento y aceptación de la realidad, (aunque todavía subsista algo de pensamiento mágico) y aumentan los controles internos del comportamiento a través de la consolidación del super-yo.

1. Desarrollo cognoscitivo.

A la edad de tres años el niño hace frases más completas y largas. Comienza a usar pronombres personales. Se interesa mucho

por aprender los nombres de cosas y situaciones nuevas, y, el "qué es ésto?" o "cómo se llama?", son sus preguntas favoritas. Comienza a tener el concepto de tiempo y puede entender el significado de hoy, mañana, más tarde. El niño se aferra fuertemente a su identidad y a los conceptos asociados con ella como su nombre y su sexo. El concepto de tamaño le interesa muchísimo y comienza a comparar quien es más alto o más bajo, más grande o más pequeño. Desde el punto de vista motor ya puede correr y cambiar de dirección rápidamente; puede subir y bajar escalas corriendo; la coordinación motora fina también ha mejorado bastante, como se puede apreciar en la capacidad que demuestra al colorear figuras con cierta precisión.

En este período, de acuerdo a Piaget, el niño es todavía marcadamente **egocéntrico**, es decir, mira las cosas desde su punto de vista y no se da cuenta que otras personas las pueden apreciar diferentemente. Por ejemplo, no puede entender que otra persona sentada en el extremo opuesto del cuarto no tenga la misma visión de los objetos que él tiene. El pensamiento también está orientado egocéntricamente, otras personas, animales u objetos inanimados están motivados en la misma forma que él, por ejemplo las nubes se mueven a propósito para ocultar el sol.

De los dos años y medio a los seis o siete, el niño pasa por el **período preoperacional** del desarrollo intelectual. Constituye una transición prolongada del período anterior sensoriomotor, al período siguiente, que será el de operaciones concretas.

Típico del período preoperacional es el **animismo**: "al árbol le duele si le cortan una rama"; es decir que los objetos inanimados se comportan como las personas. Los sueños son desconcertantes; el niño puede creer que estos tienen una existencia tangible en el dormitorio y por lo tanto es posible que alguien en la habitación pueda verlos también. La causalidad se considera en términos animistas. Otra característica del pensamiento preoperacional es la mezcla entre fantasías y realidad; además el pensamiento está demasiado ligado a símbolos visuales internos y el niño tiende a centrarse en un solo aspecto del objeto descuidando otros atributos.

2. Desarrollo emocional y social.

El **juego** se convierte en una actividad muy importante. Antes de los tres años, se dá el denominado juego paralelo, que consiste en que aunque dos niños jueguen juntos cada cual está básicamente haciendo lo suyo ya que realmente no hay capacidad de interacción. Durante el tercer año comienza a poder cooperar e interactuar en el juego con otros que es lo que se denomina juego cooperativo.

En general el juego tiene varios fines: ayuda en el proceso de socialización; ciertos juegos estimulan el desarrollo de habilidades motoras, otros ayudan en el proceso de identificación, cuando el niño ensaya papeles y situaciones del mundo de los adultos. Otras veces el juego tendrá un valor terapéutico importante, al permitir reproducir determinadas situaciones traumáticas y poder descargar y elaborar la ansiedad ligada a estas situaciones. Finalmente, el juego es placer.

A medida que se desarrolla el lenguaje y el niño tiene más capacidades de abstraer, aumenta la vida de fantasía; inventa situaciones y trata de hacer en fantasía lo que no puede hacer en la realidad. Todavía no es muy consciente de sus limitaciones reales y cruza la línea entre realidad y fantasía con gran facilidad. Las mentiras fantásticas y los compañeros imaginarios son comunes.

a. Agresividad y Dependencia. Aunque en la agresividad influyen factores biológicos constitucionales, la cantidad y forma de la agresividad en un niño, dependen primordialmente de su experiencia social. La frustración es un antecedente común de la agresión. Además las recompensas directas de la conducta agresiva y la presencia de modelos agresivos tienden a elevar el nivel de la agresión. En general, en el sexo masculino la agresividad se estimula más que en el femenino.

Las maneras predominantes de expresar la dependencia, así como los objetos de dependencia del niño cambian durante este perío-

do. A los 2 años de edad el niño es más dependiente de los adultos y a los 4 años hay más dependencia de los niños de su misma edad.

El motivo de logro o realización, es decir el deseo de dominar la solución de problemas y aumentar destrezas y capacidades se desarrolla claramente en esta época, especialmente cuando ésto ha sido estimulado por parte de los padres. Las anteriores conductas, agresividad, dependencia, motivo de realización, tienden a ser bastante estables en los períodos subsiguientes al desarrollo.

b. Identidad de Género. La diferencia entre ser niño o niña es más que una diferencia anatómica. Los dos sexos tienen maneras diferentes de relacionarse, de reaccionar, diferentes perspectivas e intereses y diferentes metas y papeles. En cada cultura hombres y mujeres tienen distintas funciones, aunque ésto varíe de lugar a lugar. Generalmente alrededor de los 3 años se alcanza la identidad de género, o sea, un sentido firme de masculinidad o feminidad.

c. Complejo de Edipo y Fase Fálica. De acuerdo con la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual, alrededor de los 3 años se presenta la fase fálica, que para S. Freud, refleja la preocupación de los niños con tener, o no un pene. Alrededor de los tres años hay un aumento de la curiosidad de los niños en los genitales de ambos sexos. Además los genitales comienzan a ser una fuente más específica de placer, apareciendo la masturbación como un fenómeno más definido e intencional. Aunque desde el primer año el niño a veces toca sus genitales éste es más bien un fenómeno incidental que forma parte de los intentos para conocer todo su cuerpo.

Durante la fálica el varón se torna más orgulloso, competitivo, tiende a ser algo exhibicionista acerca del tamaño del pene y no tiene todavía ningún sentido de pudor. En algún momento adquiere la conciencia de que las niñas no tienen pene y esto le causa ansiedad ya que el niño puede pensar que la niña tenía un pene y lo perdió y que lo mismo puede sucederle a él. Esta ansiedad es la llamada **ansiedad de castración**. En esta edad hay mucha preocupación por cualquier daño o lesión corporal por más mínimo que sea, lo cual ha sido considerado como una manifestación de la ansiedad de castración. Según S. Freud para las niñas el conflicto no se establece en términos de perder el pene o ansiedad de castración, sino de envidia del pene.

El llamado complejo de Edipo constituye otro concepto básico de la teoría psicoanalítica y está íntimamente ligado con los conceptos anteriormente descritos de la fase fálica, ansiedad de castración y envidia del pene. Durante los tres primeros años de vida, el mundo del niño se centra en su relación con la madre. El desarrollo del triángulo edípico de los tres a seis años de edad representa para algunos un fenómeno de origen cultural, no necesariamente universal. Para otros constituye un patrón filogéticamente determinado. Otras escuelas psicológicas no sólo cuestionan la validez del conflicto edípico sino todo el andamiage de la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual. En su forma más simple, el conflicto edípico representa el desarrollo por parte del niño de una actitud posesiva hacia el padre del sexo opuesto, con sentimientos de rivalidad y conflicto con el padre del mismo sexo. Debido a los sentimientos y fantasías agresivas que el niño alberga hacia el padre del mismo sexo, teme que éste se dé cuenta y actúe contra él en forma retaliatoria. Normalmente el padre del sexo opuesto no accede a las fantasías y deseos posesivos del niño, y a su vez el niño tiene sentimientos positivos hacia el padre del mismo sexo, todo lo cual lo lleva eventualmente a resolver el conflicto reprimiendo sus deseos imposibles e identificándose con el padre del mismo sexo. La situación se complica por ejemplo, en el caso del varón, cuando la madre es seductora con el niño y el padre es una figura negativa, distante o ausente.

d. Iniciativa. Para Erikson el tema básico del período tiene que ver con el balance entre iniciativa y culpa. Los deseos inaceptables del niño serán opuestos por la estructuración del super-yo, y la culpa se desper-

tará por la desaprobación de éste. El niño desarrollará un sentido de mayor iniciativa y control de si mismo, o será abrumado por un sentimiento exagerado de culpa acerca de sus impulsos y deseos.

3. Problemas comunes.

Casi todos los niños de edad preescolar muestran algunos problemas de conducta, temores o ansiedades. En un estudio longitudinal se investigó la incidencia de 63 conductas "problemas" a intervalos de seis meses durante el período preescolar. El niño promedio manifestó de cuatro a seis problemas. La chupada del dedo disminuyó pero aumentó comerse las uñas. Las rabietas, los temores, los celos y la sensibilidad excesiva aumentaron hasta los 4 y medio años de edad y después comenzaron a disminuir. Los temores a objetos reales y a estímulos desacostumbrados (movimientos inesperados, personas extrañas, etc.) disminuyen gradualmente con la edad en este período, mientras que los miedos a los peligros previstos, imaginarios o sobrenaturales aumentan. Otras conductas "problema", pero básicamente normales del período de 3 - 6 años son, la curiosidad sexual asociada a masturbación; el tartamudeo transitorio; cierto grado de regresión manifestada por pérdida temporal ante el estrés de conductas recientemente adquiridas (en lenguaje, esfínteres, etc.); pesadillas y temores nocturnos.

Para los 4 años de edad, el niño debe haber adquirido el control diurno de esfínteres y a los 5 años el control nocturno. Por encima de estas edades se comenzará a hablar de Enuresis o Encopresis.

Desde este período se podrán observar comportamientos patológicos en lo que concierne al exceso de agresividad o exagerada dependencia; sumisión o ansiedad de separación. También se pueden comenzar a ver dificultades en la identificación con el respectivo papel sexual.

PERIODO JUVENIL O ESCOLAR

El ingreso del niño a la escuela para iniciar su educación formal se convierte en un verdadero test del desarrollo anterior. Se pone a prueba su capacidad de desprenderse de la madre, de aceptar autoridad de otros adultos, de compartir y competir con sus iguales. Fuera de estos aspectos emocionales, se pondrán también a prueba sus capacidades cognoscitivas.

En la escuela y en el grupo de iguales, el niño será juzgado por sus méritos y capacidades. En la familia se lo acepta y quiere simplemente por ser hijo de sus padres; en el medio escolar y social ésto no cuenta, ni tampoco si es el mayor o el menor de su casa, etc.

Latencia. Este período se extiende de los 6 a los 12 años aproximadamente. La teoría psicoanalítica lo denomina período de latencia refiriéndose a la supuesta quietud de los impulsos sexuales que debe existir en este período. Muchos psicoanalistas modernos piensan que esto no es así, y que la curiosidad sexual o el interés por la masturbación continúan inmodificados. De acuerdo con esta teoría, sin embargo, el hecho de que el niño haya resuelto el conflicto edípico, tenga definida su ubicación en la familia, y haya internalizado controles, le permite dirigir su interés y energía por fuera de la familia hacia el aprendizaje y la socialización.

1. Desarrollo emocional y social.

a. Industriosidad. Erikson considera el desarrollo de un sentido de industriosidad como el tema crucial de esta etapa. El riesgo sería el desarrollo de sentimientos de inferioridad e inadecuación. Existe otro riesgo especialmente en sociedades capitalistas competitivas y sería la exageración del sentido de industriosidad en una tendencia competitiva habitual y compulsiva.

Vaillant ha demostrado como la industriosidad aún en clases desfavorecidas se correlaciona con la capacidad de trabajar y con la salud mental en la edad madura.

Otros rasgos de carácter se afianzan en esta etapa, tales como **el sentimiento de pertenencia a un grupo** y **el sentido de responsabilidad.** El niño desarrolla un concepto más

realista y adecuado de sí mismo al ser evaluado por profesores y compañeros y al mismo tiempo va aprendiendo el sistema de valores de su sociedad.

Entre las edades de 7 a 11 años, los dos sexos se separan más que en cualquier otra época de la vida, como si vivieran en dos mundos completamente distintos. El grupo de iguales es más importante para el niño que para la niña, y lo coloca en una subcultura distinta, a la de la escuela y a la de la familia, no manejada por mujeres. La exclusión de niñas del grupo sirve para afirmar la identidad de género del muchacho. Durante este período, las niñas al contrario del varón, permanecen más en la casa y más cerca de sus padres. Sus actividades son más supervisadas y tienden menos a juegos competitivos.

b. La Escuela. Fuera de la función educativa de enseñar los conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño en la sociedad, la escuela es una agencia socializadora. En ella se diferencia a los niños en base a su rendimiento, el status en el salón de clase dependerá de él. El que el niño sea evaluado por su rendimiento y no por otras consideraciones afectivas es fundamental para que aprenda quien es y qué puede esperar de sí mismo. De otro lado es desafortunada la actitud de muchos padres que permiten que el afecto y la aceptación de su hijo esté condicionada al rendimiento académico.

La interacción con los profesores y con los compañeros, basada cada una en parámetros diferentes, será fundamental en el concepto que el niño se forme de sí mismo y en su socialización.

c. Grupo de Iguales. Constituye una subcultura propia con reglas, costumbres, requisitos y juegos preferidos. Ejerce una importante influencia socializadora. El niño alterará el concepto de sí mismo de acuerdo a como el grupo lo considere y valore. El grupo en esta etapa tiene patrones muy claros acerca de lo que constituye un buen compañero o miembro de grupo. Son requisitos importantes, la lealtad, no contar nada a los adultos, no ser testarudo, saber perder, no ser el matón dominando por la fuerza, no ser un bebé que llora por todo. La capacidad física o atlética puede ser muy importante y los niños de 8 a 9 años ya tienen la capacidad de participar en deportes de grupo.

A través del grupo de iguales el niño conoce otros valores, así como a través de los padres de sus amigos, se da cuenta de las diferencias entre su familia y otras familias y ésto le permite adquirir un enfoque más amplio y realista de la familia, ya sea en un sentido positivo o negativo. También por la influencia de grupo, el niño comienza a tener modelos de identificación extrafamiliares, usualmente compartidos con el grupo, tales como un deportista famoso, un profesor o entrenador, etc. Al final del período juvenil se da ordinariamente el fenómeno del mejor amigo o de la mejor amiga, que viene a constituir generalmente la primera relación interpersonal importante por fuera de la familia. Este fenómeno se da con alguien del mismo sexo y edad.

d. Curiosidad Sexual. Desde el punto de vista del interés sexual, al principio de esta etapa, hay una gran preferencia por el uso de palabras y chistes con contenidos sexuales y anales. A nivel del grupo, especialmente en hombres, pueden darse competencias de quien orina más lejos o quien tiene los genitales más grandes, así como situaciones de masturbación mutua. Hay interés por el sexo opuesto manifestado en forma velada y encubierta. Sin embargo, el interés sexual no es prominente ya que el niño está igualmente o más interesado en competir, en deportes, en juegos o en hacer colecciones.

e. Otros Intereses. A partir de los 8 años el niño puede desarrollar el hábito y el gusto por la lectura que le servirá para estimular la imaginación y la fantasía; mejorar el vocabulario y la misma capacidad de leer e identificarse con otros personajes. A menudo comienzan en este período aficiones psicológicamente positivas y estimulantes del crecimiento del yo, como el interés por coleccionar objetos, por armar carros o

aviones, y el desarrollo de aptitudes artísticas.

f. **Super Yo.** En cuanto al desarrollo del super-yo hay que tener en cuenta que los valores morales y éticos cambian profundamente a partir de la resolución del conflicto edípico y del período juvenil, debido a la influencia de dos factores importantes: en primer lugar la influencia de la escuela, al introducir conceptos de juicio y de valor más imparciales que los del hogar y al ser un representante formal de los valores de la comunidad y de la cultura, y, en segundo lugar la influencia del grupo de iguales, tanto en la escuela como en el vecindario.

El super-yo del niño de 7 y 8 años es característicamente rígido. Ha internalizado los mandatos adultos en forma inmutable sin tener todavía la capacidad de juicio que le permita ser flexible. Las reglas de sus juegos son estrictas e incuestionables y la responsabilidad de las acciones depende más de las consecuencias que de los motivos de la acción, por ejemplo: el niño de 4 años que quiebra un objeto debe ser castigado igual al de 10 años, que hizo lo mismo; o, quebrar un objeto de valor accidentalmente, puede ser más grave que hacer voluntariamente un daño de menor valor. Según Piaget ésta es una moralidad forzada.

De los 10 años en adelante el niño debe pasar a una moralidad de cooperación, en la cual las motivaciones y consecuencias sociales de los actos son más tenidas en cuenta.

2. Desarrollo Cognoscitivo.

A la edad de 7 u 8 años, comienza según Piaget, el período de **operaciones concretas** que constituye una transición lenta hacia el pensamiento lógico, no obstante, en la primera etapa de esta fase, el pensamiento del niño está aún muy ligado a la percepción sensorial, ej: si a un niño de 8 ó 9 años se le pregunta por qué sube el nivel del agua en un vaso al que se le echa una piedra, contestará que se debe a que la piedra es pesada.

Durante este período el niño es capaz de entender los conceptos de **conservación y reversibilidad.** En el período preoperacional o al comienzo del período de operaciones concretas si el contenido de una jarra de agua se vacia en un recipiente más amplio y al niño se le pregunta dónde hay más, contestará que el recipiente más amplio tiene menos porque el nivel del agua es más bajo, o que la jarra tiene más porque es más alta. Es decir, no puede invertir el procedimiento mentalmente (reversibilidad) ni manejar dos factores al mismo tiempo (conservación) como los de amplitud y altura, pero en este período lo logrará.

El niño es capaz en este período de clasificar objetos en grupos, de acuerdo con algún atributo como tamaño y color, o de ordenarlos en series, de acuerdo con mayor o menor peso o tamaño.

El niño todavía no puede pensar en proposiciones, usar hipótesis o llevar a cabo operaciones abstractas de ejemplos concretos. Esto será un logro de la siguiente etapa de operaciones formales.

3. Problemas comunes.

Fuera de los conflictos no resueltos en etapas anteriores, el niño encontrará ciertos conflictos y temores específicos. Uno de ellos es la realización de que sus padres no son omnipotentes y que pueden morir. El niño por su desarrollo cognoscitivo es capaz ya de comprender el concepto de la muerte como algo irreversible. Las pesadillas o temores alrededor de su propia muerte o la de sus padres, son bastante comunes.

Experimenta también cierto grado de ambivalencia hacia sus padres ya que comienza a vivir más intensamente el conflicto dependencia-independencia que luego alcanzará mayores proporciones en la adolescencia. El deseo de independencia, las limitaciones impuestas por los padres, más las necesidades de dependencia, le producen conflicto con sentimientos de rabia y culpa. La autoestima puede sufrir impacto si no se llenan las expectativas de sus padres y las de sí mismo. El niño cuyos intentos de dominar tareas o trabajos han tropezado consistente-

mente con críticas y burlas, podrá sentirse ansioso e inseguro al encontrarse en situaciones nuevas y se sentirá inclinado a retraerse y evitarlas.

El niño que ha estado sujeto a injusticias, rechazos, recibiendo una disciplina dura e inconsistente y que no ha desarrollado controles adecuados del super-yo, podrá convertirse en un individuo rebelde, incorregible y sin respeto a normas sociales. A su vez el niño de padres excesivamente meticulosos, compulsivos y protectores, podrá llegar a convertirse en un individuo bastante similar a ellos.

Es normal que en este período el niño exhiba ciertas manifestaciones obsesivas transitorias, manifestadas por rituales, como no pisar ranuras en la acera, o calzarse el pie derecho primero que el izquierdo, que vienen a representar el mecanismo de anulación por medio del cual trata de deshacer supuestas acciones o deseos inaceptables.

Un motivo de consulta frecuente en esta etapa es el temor a ir a la escuela (que cuando es moderado y transitorio es normal en muchos niños de 6 años o menos) o Fobia Escolar. Generalmente se encuentra una ansiedad de separación marcada (frecuentemente compartida tanto por la madre como por el niño).

Los problemas del aprendizaje constituyen otro común motivo de consulta. Será preciso descartar el Retardo Mental leve (diagnóstico que usualmente se hace en la edad escolar). La Disfunción Cerebral Mínima caracterizada por desatención, hiperactividad e impulsividad es otra causa frecuente de dificultad para el aprendizaje. También habrá que tener en cuenta los trastornos específicos del aprendizaje para leer (Dislexia) o para las matemáticas (Discalculia).

ADOLESCENCIA

Por adolescencia se entiende la etapa del desarrollo caracterizada por una serie de cambios físicos, intelectuales, emocionales, y sociales, que se dan entre los 12 y 18 años aproximadamente. La pubertad se refiere al desarrollo biológico durante la adolescencia, el cual, usualmente se da entre los 12 y los 15 años. La adolescencia comienza con los cambios físicos de la pubertad y las reacciones psicológicas asociadas a éstos, para terminar, cuando el individuo cristaliza y define su identidad personal. Señala por una parte el fin de la infancia, y termina por otra estableciendo las bases para la madurez y vida adulta. Biológicamente comienza con la fase final de aceleración del crecimiento y con el desarrollo sexual secundario y termina con la fusión epifisiaria y la maduración sexual física. Psicológicamente se caracteriza por una aceleración del desarrollo cognoscitivo y por los cambios de personalidad que capacitan al individuo para asumir el papel del adulto. Socialmente es un período de preparación intensa para desempeñar este papel.

La adolescencia constituye un período crítico ya que al comienzo de la etapa se es todavía un niño, dependiente de sus padres y al final deberá ser un individuo responsable de sí mismo, con su personalidad estructurada y con una dirección futura ya señalada.

1. Metas de desarrollo.

En la adolescencia estas comprenden varios objetivos fundamentales:

1. En lo intelectual se espera que el individuo complete el estado de operaciones formales (Piaget), proceso que se inicia alrededor de los 12 años e hipotéticamente se desarrolla gradualmente durante los 6 ó 7 años siguientes.
2. Independencia de los padres. Tarea especialmente prominente en la adolescencia mediana.
3. Capacidad de alcanzar la sexualidad genital (Freud) y la intimidad con otra persona no familiar del sexo opuesto. Esta tarea se culmina en la adolescencia tardía. Implica, además, que el individuo debe haber definido y cristalizado su identidad de género.
4. Consolidación de un sentido firme de identidad (Erikson). Meta también alcanzada usualmente en la adolescencia tardía.

a. Etapas de la Adolescencia. Siendo la adolescencia un período tan prolongado en

muchas culturas, ya que puede durar de 5 a 10 años, el subdividirla en etapas es más ventajoso. Lidz propone las siguientes:

1. Adolescencia Temprana. Incluye la fase prepuberal y el comienzo de la pubertad.
2. Adolescencia Mediana. Usualmente a 18 meses después de la pubertad. Se caracteriza por interés activo hacia el sexo opuesto; rebelión contra los padres y adultos; conformidad con el grupo de iguales; comienzo de la exploración sexual y ambivalencia y cambios de ánimo notorios.
3. Adolescencia Tardía. Caracterizada por preocupación por el futuro; escogencia vocacional y a veces marital. Consolidación de la identidad del yo y de la capacidad de intimidad.

2. Adolescencia Temprana.

a. Preadolescencia. Esta es una etapa de transición entre el período de latencia o juvenil y la adolescencia propiamente dicha, caracterizada por el comienzo de los cambios corporales y psicológicos. El joven preadolescente experimenta a menudo tensión difusa que puede manifestarse por inquietud motora o quejas físicas vagas. Algo está pasando en su cuerpo y él no sabe muy bien de qué se trata. Esta tensión no se relaciona todavía específicamente con intereses sexuales. Pero su atención y preocupación comienzan a dirigirse a los cambios físicos que se están produciendo como el estirón en la estatura y las primeras manifestaciones de las características sexuales secundarias.

Es importante anotar que un desarrollo físico precoz o tardío conlleva mayores dificultades psicológicas para el adolescente, al hacerlo sentir diferente a los demás.

La etapa preadolescente concluye con el comienzo de la pubertad, al aparecer la menarca y las emisiones seminales.

El grupo de iguales en la adolescencia temprana es usualmente del mismo sexo. Se dan sin embargo algunos cambios en su composición especialmente debido a las tasas diferentes de maduración.

Esta es una época de enamoramientos intensos, a veces hacia personas del mismo sexo, o a veces hacia personas mayores (profesoras, hermanas mayores de amigos). Este fenómeno usualmente es más aparente en las niñas.

La sexualidad se sublima parcialmente en deportes, actividades religiosas o de grupo como los Scouts.

b. Masturbación. Este sigue siendo el método más común para manejar la gran tensión sexual del adolescente. En varones es un fenómeno casi universal, en las niñas es menos frecuente. A pesar de que existen menores sanciones morales y más claridad en cuanto a que no ocasiona daño físico, la masturbación produce comunmente sentimientos de culpa, especialmente por las fantasías asociadas que pueden ser de tipo sadomasoquista, seudo-incestuoso etc. Ocasionalmente la masturbación será un síntoma de dificultades emocionales, especialmente cuando asume un carácter compulsivo persistente. Usualmente la masturbación disminuirá a medida que se desarrollen relaciones heterosexuales satisfactorias.

c. Desarrollo cognoscitivo. Por la época de la pubertad se produce un cambio cualitativo desde el punto de vista intelectual al entrar el individuo en el período de **operaciones formales.** El adolescente es capaz de construir y entender conceptos y teorías abstractas. Mientras que el niño vive esencialmente el presente y la realidad concreta, el adolescente se compromete en proyectos futuros que trascienden el presente, y desarrolla una pasión por ideas, ideales e ideologías. Puede razonar con base en hipótesis. Puede "pensar acerca de pensamientos".

Es característico que el adolescente sobreestime sus soluciones cognoscitivas a los problemas. Este egocentrismo de las operaciones formales hace que el adolescente no pueda entender por qué la pobreza o las guerras no pueden erradicarse.

No todos alcanzan el período de operaciones formales; ésto varía de individuo a individuo y según la clase social.

La adquisición de estas habilidades cognoscitivas tiene varias consecuencias, tales

como, el desarrollo de juicios morales y valores. Como lo ha demostrado Kohlberg la moralidad de derechos individuales y bienestar comunitario, y la moralidad basada en la conciencia individual más que en leyes o reglas sólo se comienza a desarrollar en la adolescencia, y aún así sólo en una minoría.

El desarrollo cognoscitivo permite al joven, manejar mejor sus impulsos agresivos y sexuales, e interesarse en objetivos futuros.

El adolescente en esta etapa todavía requiere dirección y protección. Pueden haber ya asomos de rebeldía, pero si los padres no imponen límites el adolescente se sentirá abandonado y no amado.

3. Adolescencia Mediana.

a. Conflicto Generacional. Este es un tema central de este período. Los jóvenes se comienzan a distanciar de la familia que ha sido el centro de su existencia por 14 ó 15 años. Este cambio requiere tanto una reorientación interna, como un cambio en las relaciones reales con los padres. Cuando las relaciones padres-hijo han sido adecuadas y existe respeto mutuo, los conflictos van a ser mínimos. El adolescente va a estar sin embargo, en conflicto acerca de su ambivalencia entre adquirir independencia y el deseo de seguridad y afecto.

La rebelión y la conformidad señalan claramente este período; rebelión contra los padres y otros adultos y conformidad con sus congéneres.

La teoría psicoanalítica postula una reactivación del conflicto Edípico en este período de la adolescencia. Esta constituiría una razón más para distanciarse de los padres. Comunmente se critican o demeritan los padres. El adolescente no desea sin embargo destruirlos o demolerlos, ya que su autoestima todavía depende en parte de la estimación tenida hacia los padres. En la adolescencia tardía el adolescente volverá a aceptar algunas normas y valores parentales como propios.

Optimamente una coalición estable entre padres que mantengan límites adecuados entre generaciones permiten que el adolescente resuelva nuevamente en forma satisfactoria su atracción hacia ellos. El aceptar la imposibilidad de encontrar expresión sexual en la familia o de ser un objeto amoroso primario de los padres lo impulsan a buscar una relación amorosa por fuera de la familia.

Los padres del adolescente pueden tener varias reacciones hacia sus hijos: algunos miran la adolescencia con un sentimiento de pérdida, principalmente cuando el adolescente ocupa un lugar especial en la familia o es hijo único. Otras veces los padres pueden sentir que se están volviendo viejos, lo cual conduce a reacciones inadecuadas de competencia y rivalidad con los hijos. Un equilibrio marital tenue puede ser roto por las dificultades creadas por un hijo adolescente, o los conflictos de una familia perturbada pueden ser desplazados hacia él, tomándolo como el chivo expiatorio.

b. Grupo de Iguales. Deja ya de ser de carácter monosexual. El grupo tiene importantes funciones en la adolescencia mediana ya que ayuda en el proceso de separación de los padres y en la estructuración de la identidad personal. En el grupo el adolescente aprende a saber quién es en el mundo extrafamiliar, aprende también a juzgar sus capacidades y con el apoyo del grupo comienza a experimentar con el sexo opuesto.

c. Intereses Amorosos y Sexuales. Al comienzo, o en la mitad de la adolescencia, se presenta en forma brusca o gradual un interés amoroso hacia alguien del sexo opuesto. Inicialmente este interés puede tener un componente narcisista importante, ya que al adolescente le interesa más la popularidad o el prestigio social que le pueda dar la otra persona, que lo que ésta realmente es.

Comunmente los primeros intereses hacia el sexo opuesto son bastante románticos existiendo una disociación entre los sentimientos de amor y los sexuales. La integración entre los sentimientos de afecto y los impulsos sexuales constituyen la **genitalidad** y es un proceso gradual. Esta integración es algo más difícil y demorada en el varón, posiblemente por factores sociales y por las

características especiales de la situación edípica en el hombre.

d. Mecanismos de Defensa. Desde el punto de vista psicodinámico los diversos componentes del aparato psíquico sufren modificaciones durante la adolescencia; los impulsos del ello aumentan cuantitativamente, el super-yo sufre un debilitamiento transitorio al distanciarse el adolescente de sus padres; todo lo cual redunda en una presión más grande sobre el yo, que se ve oprimido entre impulsos más fuertes y un super-yo menos efectivo, lo cual conduce a un debilitamiento del yo. Por eso no es raro ver en la adolescencia períodos transitorios de regresión alternados con maniobras defensivas para restaurar el equilibrio.

Algunos mecanismos de defensa comunmente utilizados son:

La inversión del afecto. Puede utilizarse por ejemplo para manejar la dependencia hacia los padres. "No aguanto a mis padres, los odio"

El desplazamiento. El apegamiento hacia uno de los padres se desplaza hacia otra persona, usualmente a alguien mayor, como un profesor.

Los vínculos emocionales hacia los padres no necesariamente tienen que ser desplazadas hacia otras personas sino que pueden desviarse hacia sí mismo, ocasionando el componente narcisista tan común en los adolescentes expresado por ejemplo, en el excesivo interés por su cuerpo.

El asceticismo. Con esta defensa se repudia masivamente cualquier expresión de impulsos, negándose el placer de comer, de dormir, o el del sexo.

La intelectualización. La maduración de los aspectos cognoscitivos y el desarrollo del pensamiento abstracto, permiten al adolescente utilizar este mecanismo que consiste en la tendencia a envolverse en disquisiciones y preocupaciones intelectuales de orden social, político o filosófico, evadiendo de esta manera la confrontación de sus verdaderos conflictos.

4. Adolescencia Tardía.

Las tareas mayores de esta fase conciernen al alcanzar una identidad del yo y la capacidad de intimidad.

a. Identidad del Yo. Este concepto bastante complejo tiene que ver con el conseguir una identidad propia y no simplemente la identidad que da el ser hijo o hija de alguien; una identidad en el sentido de tener una consistencia en la conducta que permita que otros puedan predecir o esperar como la persona va a reaccionar; el sentido de continuidad de la propia historia personal y el sentido de pertenencia a un grupo. Significa encontrar el lugar en uno mismo y en la sociedad. Durante la adolescencia se experimenta con diferentes roles antes de llegar a la síntesis de lo que el individuo realmente es.

Por difusión del yo, Erikson se refiere a los adolescentes que alcanzan una solución negativa, que se rinden y dejan de dirigir sus vidas conscientemente, llegando a un estado de alienación y falta de compromiso, que actualmente se manifiesta en algunos en soluciones patológicas, como la farmacodependencia o un estilo de vida "hippie" prolongado.

b. Intimidad. La identidad del Yo está íntimamente ligada con la capacidad de alcanzar intimidad, ya que la primera incluye el sentimiento de plenitud que se deriva de sentirse amado y necesitado, de ser capaz de compartir el mundo con otra persona. La intimidad sólo puede desarrollarse cuando el individuo alcanza cierto grado de integración e independencia como persona. Ya el adolescente no teme la pérdida del si mismo ("Self").

5. Aspectos sociales de la Adolescencia.

Desde el punto de vista social la adolescencia es un período crítico del desarrollo en la mayoría de las sociedades modernas. Esto no ha sido siempre así, hasta hace relativamente poco tiempo, la adolescencia tal

como la concebimos hoy, prácticamente no existía ya que el individuo pasaba rápidamente de la niñez a la vida adulta. A principios del siglo, el paso del adolescente por la escuela era ninguno o muy fugaz, y el joven, o aún el niño, se entregaban al trabajo que hasta cierto punto les definía su identidad. Mientras más sofisticada sea una sociedad tecnológicamente, más prolongada será la adolescencia. En culturas primitivas el período es más corto y menos crítico, ya que tanto el comienzo como su terminación están claramente señalados por ritos especiales que facilitan el paso de una etapa a otra sin la complejidad y confusión de la época moderna.

La adolescencia difiere también según la clase social dentro de la misma cultura. En los tugurios o barrios marginados se observa una adolescencia muy rápida donde el hambre y la desorganización familiar y social obligan al niño a veces desde temprana edad a trabajar, a mendigar, al gamínismo o a la delincuencia para poder subsistir. Según Correal hay un proceso de identidad falseado, se llega al trabajo sin pasar por el juego; no hay identificaciones intermedias, es una realidad de impacto; no cabe el entrenamiento ni la acumulación de experiencias que dan el juego y la recreación. En el aspecto sexual, la pobreza, los inquilinatos, la promiscuidad, el colecho hacen que el desarrollo de la sexualidad y de otros conceptos asociados con ésta como virginidad, matrimonio, incesto, tengan una evolución y un significado radicalmente distinto al de otros niveles sociales. En el campesino se encuentra una transición también bastante rápida con algunos de los problemas citados anteriormente pero dentro de una mayor estabilidad de la unidad familiar, al menos en algunos sectores. Dice Correal que el campesino pasa su adolescencia: "desempeñando"la función del adulto; el proletario "sufriéndola" y el burgués 'aprendiéndola".

6. Problemas comunes.

Algunos estudios epidemiológicos recientes (Offer, Weiner), han revaluado aquellos conceptos clásicos de que la adolescencia en si misma constituiría una "enfermedad" y por lo tanto el adolescente que parecía más tranquilo y normal era sin embargo, más patológico, y viceversa, el que presentaba más crisis y turbulencia se consideraba más normativo de esta etapa.

Offer (1973-1975) encontró en su estudio de adolescentes normales tres patrones de desarrollo psicológico: 1) crecimiento contínuo (23o/o del grupo total). Adolescentes que aceptaban normas culturales; con poco conflicto generacional; buen manejo de los estreses situacionales y de desarrollo propios de la adolescencia; 2) crecimiento irregular (35o/o de la muestra). Estos presentaban períodos variables de adaptación y progresión y otros de regresión y detención en el desarrollo, presentaban más conflicto emocional que el primer grupo; tendencia a usar proyección, rabia, y depresión contra el estrés. Había también más dificultades en las relaciones con los padres; 3) crecimiento tumultuoso (21o/o). Exhiben fuertes reacciones a estreses internos y externos. Experimentaban a menudo ansiedad, depresión e irritabilidad emocional; muy sensibles y desconfiados. De este grupo una tercera parte necesitó ayuda psicológica o psiquiátrica.

Antes de estos estudios el diagnóstico psiquiátrico más común en la adolescencia era el de Crisis o Reacción de Adaptación pero los trabajos ya citados han demostrado que un porcentaje significativo de estos pacientes posteriormente en la vida adulta reciben un diagnóstico de una enfermedad mental definida (Esquizofrenia; Enfermedad Bipolar; Trastorno de Personalidad, etc.).

La psicopatología del adolescente a medida que éste madura va tornándose cada vez más parecida a la del adulto; en la adolescencia se inician frecuentemente las enfermedades mentales mayores: Esquizofrenia. Enfermedad Maníaco-Depresiva. Depresión Unipolar. Las Psicosis tóxicas causadas por drogas de abuso (amfetaminas y bazuco por ejemplo) son también comunes. La Farmacodependencia se destaca como un problema de salud pública en la actualidad. Los otros trastornos psiquiátricos como Neurosis, Trastornos de la Personalidad también afectarán

un porcentaje de la población adolescente.

ADULTO JOVEN

A esta etapa se llega cuando el individuo alcanza estatus de adulto. Su maduración física ha terminado y supuestamente debe estar bien integrado y emocionalmente maduro para aceptar las responsabilidades de este período. Estas responsabilidades siguen siendo lo que S. Freud enunció como "amar y trabajar". Tolstoi previamente había señalado: "uno puede vivir magníficamente en este mundo si sabe como trabajar y como amar. Trabajar para la persona que se quiere, y amar el trabajo propio".

El crecimiento y desarrollo desde la infancia y adolescencia ha venido preparando al individuo para afrontar estos dos objetivos que deben comenzar a asumirse en la etapa del adulto joven, pero que requerirán todo el resto del ciclo vital para completarse. Ambos aspectos están muy correlacionados con la madurez y salud mental en la vida adulta como lo han demostrado las investigaciones de Vaillant.

Los límites cronológicos de este período son variables, ya que algunos encontrarán su ubicación vocacional y formarán una pareja desde la adolescencia, mientras que para otros, éstas metas sólo se alcanzarán bien avanzada la década de los 20 años. El período termina cuando se alcanza una posición estable en la sociedad y cuando el adulto ya no enfoca su atención primordialmente en los hijos, todo lo cual usualmente ocurre alrededor de los 40 años.

Los dos objetivos de esta etapa, o sea la escogencia vocacional y de pareja, representan unas de las decisiones más significativas que se pueden tomar en la vida:

1. Trabajo.

La escogencia de un trabajo o profesión implica mucho más que el aprendizaje de determinadas habilidades y funciones, representa un estilo de vida. El trabajo determina en mucha parte el ambiente físico y social en que la persona vive, el estatus del individuo dentro de la comunidad e influencia los valores y patrones éticos de la persona. El trabajo y la personalidad del individuo están íntimamente relacionados, ya que ciertos rasgos de la personalidad influencian la selección de determinados trabajos y al mismo tiempo el trabajo moldea la personalidad, suministrando amigos, compañeros, roles sociales, valores, costumbres y un estilo de vida.

La definición vocacional constituye en muchas sociedades el objetivo mayor de la adolescencia y del adulto joven. Esta decisión depende de muchas variables, tales como, las oportunidades que ofrece el medio social, y otros factores tanto de tipo consciente como inconsciente, estos últimos juegan a menudo un papel decisivo, como puede verse en la escogencia de medicina como profesión, donde los factores inconscientes podrían ser la identificación con un padre médico, la realización de la fantasía del padre que quería ser médico, o la reacción (contrafóbica) a temores marcados hacia la muerte desde la infancia.

La escogencia de ocupación no ocurre abruptamente, sino que tiende a ser el producto de un largo proceso que se inicia desde la niñez y va cambiando a medida que el individuo se desarrolla. Las primeras escogencias del niño pre-escolar son difusas y poco realistas reflejando su pensamiento preoperacional y su visión egocéntrica y estrecha del mundo. El niño de 3 años puede fácilmente decir que cuando crezca quiere ser una mamá. A medida que el niño socializa más con sus iguales, sus fantasías de trabajo aumentan y son típicamente cambiantes. Hoy quiere ser policía y mañana quiere ser doctor. A través del juego trata de ensayar papeles pero todavía sin ninguna consideración real de lo que cada tipo de trabajo implica. En el período juvenil el niño sigue experimentando con varios roles, usualmente tomados del héroe o ídolo de turno, y muy lentamente comienza a tener en cuenta consideraciones de tipo real, como las habilidades que tenga. En la adolescencia continúan las tendencias a identificarse con determinados modelos o ídolos, a menudo con repudio de lo que sus padres esperan en ese sentido. Eventualmente los factores rea-

listas comenzarán a pesar más, teniendo en cuenta las propias capacidades y limitaciones, así como las necesidades y las oportunidades que ofrezca la sociedad.

En general el trabajo puede tener dos objetivos. Uno es la ocupación como fuente principal de satisfacción. El otro, es cuando se considera al trabajo más que todo como medio de obtener seguridad o poder pero la satisfacción vendría de otras cosas como, la familia, amistades, deportes, etc. Usualmente hay un cambio del primer enfoque al segundo cuando se va a tomar una decisión definitiva.

Los problemas de definición vocacional han sido hasta ahora más significativos para los hombres que para las mujeres, ya que en general para la mujer el matrimonio y los hijos han sido más importantes que cualquier trabajo. A menos de que permanezca soltera, el estatus de la mujer ha dependido fundamentalmente de la profesión del esposo, aunque ella también trabaje. Hay nuevas tendencias sin embargo, en la época actual, que están cambiando mucho esta situación a medida que la mujer encuentra acceso a profesiones y trabajos tradicionalmente reservados a los hombres.

2. Pareja y Matrimonio.

La escogencia de pareja en el mundo contemporáneo está basada más que en cualquier otra época en la propia decisión de la pareja que va a contraer matrimonio. La razón que se dá usualmente es el estar enamorado, motivo que siempre ha eludido clarificación desde el punto de vista filosófico y científico. La necesidad de formar una unión estable se basa en múltiples factores que tienen que ver con la naturaleza biopsicosocial del hombre. La sexualidad en sí, aunque es un componente importante no lo explica, ya que en muchas culturas la gratificación sexual no es una función primaria del matrimonio. El deseo de propagar la especie con la necesidad del ser humano de proteger y educar su progenie por un período largo de tiempo, es un factor que estimula ciertamente una relación permanente de pareja. El entrenamiento y educación del ser humano que confiere una división entre roles masculinos y femeninos estimula también la necesidad de interdependencia con un miembro del sexo opuesto. La frustración de los impulsos edípicos en la familia de origen conduce a la necesidad de encontrar un objeto amoroso del sexo opuesto por fuera de la familia. Aunque no es siempre aparente o detectable, al escrutinio cuidadoso, es común ver como en la elección de la pareja, el individuo está inconscientemente determinado por rasgos de sus primeros objetos amorosos, sus padres.

El proceso de escogencia de pareja tiene una historia de desarrollo similar a la ya descrita sobre la escogencia ocupacional. El primer interés es el deseo incestuoso de casarse con el padre del sexo opuesto, deseo que se reprime con la resolución del conflicto edípico. Luego sigue un período donde la fantasía se ocupa claramente de sustitutos paternos o maternos como profesores, amigos de los padres, etc. Durante la adolescencia inicialmente hay muchas fantasías románticas depositadas en algún héroe o modelo, o en un adolescente mayor o adulto, pero desprovisto de sexualidad. Posteriormente se dan las experiencias de cortejo y trato con miembros del sexo opuesto, llegando a una fusión del amor con el sexo.

El matrimonio, especialmente si es exitoso usualmente conduce a una reorganización de la estructura de personalidad de los cónyuges. Por ejemplo, a nivel del funcionamiento del yo éste se expande incluyendo de cierta manera a la otra persona. Idealmente el otro se convierte en un yo alterno cuyos deseos, necesidades y bienestar se consideran a la par con los propios. De otro lado las directivas del Superyo cambian también en parte para acomodar las normas superyoicas del otro. De igual manera se altera la expresión de impulsos inconscientes del ello como consecuencia de la modificación del Super Yo.

La formación de un matrimonio estable y satisfactorio es posiblemente el factor más importante para la estabilidad emocional de la siguiente generación y para un desarrollo subsiguiente adecuado de la personalidad de los cónyuges. En general un buen matrimo-

nio depende de dos factores básicos: 1) que los cónyuges tengan suficiente independencia e integración como individuos para poder vivir interdependientemente (en lugar de que uno dependa del otro); 2) en la capacidad de ambos para crecer psicológicamente y desarrollar intereses nuevos que renueven la unión.

Para Erikson el adulto joven debe alcanzar **intimidad** que en este sentido significa la habilidad para compartir con otra persona, regulando ciclos de trabajo, procreación y recreación, de modo que haya una participación amplia de cada uno de los cónyuges y se prepare el terreno para el desarrollo saludable de sus descendientes. El riesgo de esta fase sería el aislamiento.

3. Paternidad.

La llegada del primer hijo transforma los esposos en padres y convierte la pareja en una familia. El rol de padres implica una nueva fase de desarrollo para los esposos y constituye un test del desarrollo previo. Brinda nuevas oportunidades satisfactorias y mayor realización como padres y como pareja, pero también conflictos, ya que los cambios inevitables que se suceden sobre los esposos pueden producir desequilibrios. El nacimiento de un hijo obliga a hacer campo emocional para el recién nacido dentro de la pareja. Esto puede producir una unión más fuerte, o constituirse en una fuerza separante y divisoria.

Muchas cosas se requieren de los padres y del matrimonio para producir un ambiente favorable al desarrollo de los hijos. Una condición básica sin embargo, es la de que los padres deben haber alcanzado suficiente individualidad y autonomía con vidas y satisfacciones propias, firmemente relacionadas en el matrimonio en una situación de interdependencia (es decir, que haya mutua satisfacción de necesidades, que el bienestar del uno sea tan importante como el del otro). Lo opuesto de lo anterior sería cuando la individualidad y el matrimonio (por ejemplo las necesidades de la pareja) se subordinan al hecho de ser padres.

4. Problemas comunes.

La dificultad en alcanzar las metas finales de la adolescencia (Identidad del Yo e Intimidad) tendrá manifestaciones claras en la etapa del adulto joven reflejándose en problemas o incapacidad de establecer decisiones vocacionales y maritales.

Muchas otras razones sin embargo, pueden interferir con el logro de las metas de desarrollo en el adulto joven lo cual obviamente producirá conflictos emocionales de variada intensidad. A nivel del trabajo por ejemplo, es muy clara la influencia de la condición socio-económica y de las posibilidades reales del país o región para el estudio de una carrera universitaria o vinculación a la fuerza laboral en un campo determinado.

Los problemas en la escogencia de pareja que influirán en el curso subsiguiente del matrimonio son muy variados y sólo se mencionarán algunos.

Muchos problemas matrimoniales dependen fundamentalmente de las características de personalidad de uno de los miembros de la pareja que en ciertos casos crearían dificultades sin importar quien fuera el cónyuge. Esta selección inadecuada de pareja puede deberse a veces a falta de conocimiento del otro, pero más frecuentemente entran en juego aspectos de tipo inconsciente como fantasías de rescate.

Otros motivos que pueden dar lugar a un mal comienzo del matrimonio son por ejemplo los matrimonios precipitados por un embarazo; aquellos basados fundamentalmente en fuerte atracción sexual sin que existan otros intereses; cuando se trata de compensar por una situación de infelicidad y vacío afectivo pasado o presente; cuando se transfieren rasgos parentales en exceso al cónyuge, es decir se lo ve más como madre o padre que como esposo o esposa. Las diferencias culturales acentuadas que implican diferentes expectativas de rol pueden ser también causas de dificultades.

Los problemas en el ajuste sexual son otro gran capítulo de las dificultades matrimoniales. Generalmente la incompatibilidad sexual usualmente es reflejo de trastornos en otras áreas del matrimonio.

Como ya se mencionó antes el advenimiento de los hijos puede ser fuente de conflicto para la pareja también por muchas razones que van desde las diferencias en los patrones educativos de los padres hasta serias alteraciones en el sistema familiar.

Los mismos trastornos psiquiátricos que se mencionaron en la Adolescencia pueden también presentarse por primera vez en el Adulto Joven. Merecen especial mención los Trastornos de Pánico tan prevalentes en el sexo femenino entre los 20 y 40 años.

El Alcoholismo se debe tener en cuenta como una enfermedad de evolución gradual durante este período y cuyo diagnóstico debe hacerse tan rápido como sea posible, aunque sus manifestaciones más severas generalmente no aparecen sino en la cuarta o quinta década de la vida.

EDAD MADURA

Esta etapa comienza alrededor de los 35 - 40 años al alcanzar el individuo lo que Lidz denomina Madurez.

Arbitrariamente se fijan los límites de esta etapa entre los 35 - 40 y los 65 años. La mayor parte del período, es decir, entre los 35 y 55 años corresponde a la época de máximas realizaciones del individuo en cuanto a creatividad y trabajo. En la última parte de esta etapa, 55 ó 65 años, los esfuerzos e iniciativas de la mayoría de los adultos disminuyen y se tiende más bien a moverse con base a las realizaciones y habilidades ya alcanzadas previamente. En algún momento entre los 40 y 50 años la persona entra en lo que se ha denominado Crisis de la Edad Madura.

1. Madurez.

Para Lidz ésta ocurre cuando el individuo posee la seguridad, habilidades y conocimientos que le permiten establecerse de una manera más firme en el trabajo y vida familiar. En la etapa anterior del Adulto Joven se consume mucha energía aprendiendo habilidades necesarias en el trabajo y para la crianza de los hijos y muchas veces se dan cambios de trabajo y aun de pareja.

2. Crisis de la Edad Madura.

Es un estado vital en cuya iniciación confluyen varios elementos. La conciencia de que ya se inicia la "cuenta regresiva"; los hijos dejan de ser ya una responsabilidad primordial, se han casado o independizado o son adolescentes tardíos o adultos jóvenes; el individuo se siente perteneciente a la generación responsable, sus padres o han muerto, o necesitan ya de alguna protección; la conciencia de que el cuerpo no responde como antes, ya no es la "máquina bien aceitada", y comienzan a presentarse determinados problemas físicos.

Esta es una época de evaluación en que el individuo mira lo que ha hecho hasta ahora en el aspecto personal, vocacional y familiar. Usualmente su dirección en la vida está bien definida, pero todavía queda algún tiempo para trabajar en metas que no se hayan logrado.

Para algunos es una época de plenitud, de cosechar los frutos de años de esfuerzo. Para que ésto se alcance es crucial que las ambiciones y expectativas iniciales no hayan excedido el potencial del individuo, o que haya sido capaz de modificar sus metas de acuerdo con su realidad propia. La persona madura psicológicamente aceptará las ventajas de esta época junto con las limitaciones que impone. Esta es la edad en que el individuo alcanzará las máximas posiciones a que pueda llegar. También puede tener la satisfacción de haber levantado bien a sus hijos y de verlos establecidos en la vida. Sin embargo, para todos la cosecha no será tan buena; algunos estarán cargados de remordimientos y desilusión con un sabor amargo de que la vida se ha deslizado sin lograr las metas deseadas; aún para el afortunado, la conciencia del paso del tiempo y de los límites del ciclo vital puede traer como consecuencia una cierta ansiedad existencial.

Aunque el individuo esté en la plenitud ya está sobrepasando el máximo de sus capacidades físicas, comienza a encanecer o a perder el cabello, aparecen las arrugas, el peso puede aumentar y hay mayor dificultad en perderlo, comienzan los problemas visuales. A partir de los 40 años la incidencia de

los problemas coronarios aumenta particularmente en el hombre como también la incidencia de tumores malignos. El individuo aunque tenga buena salud se vuelve más consciente de los peligros de la enfermedad y de la muerte, en parte, porque algún porcentaje de sus contemporáneos comenzará a morir en esta etapa.

3. Menopausia.

La edad media es usualmente un período más crítico y difícil para la mujer. El final de la etapa procreadora la afectará más que al hombre; aunque el interés y la preocupación por los hijos continúe, ésto ya no toma tanto tiempo y esfuerzo. La mujer en este período a menudo necesita hacer un cambio profundo en su orientación vital, como sería estudiar una profesión, emprender un trabajo, o retomar los intereses anteriores que tuvo que hacer a un lado durante la etapa de educación de los hijos. La disminución de las funciones nutritivas o protectoras cuando crecen los hijos, coincide generalmente con la pérdida de la capacidad procreadora. Para algunas mujeres la menopausia tiene una significación verdaderamente ominosa, ya que se sienten viejas, vacías y piensan que su capacidad de respuesta sexual se disminuirá o perderá. Esto trae consigo temores de abandono y de infidelidad del esposo.

Los cambios físicos y emocionales que se producen durante la menopausia se deben a una combinación de factores endocrinos, emocionales y culturales. En el grado en que la autoestima de la mujer no dependa primordialmente de su atractivo físico y de su capacidad procreadora, la menopausia y en general el período de la vida que se está describiendo puede traer una serie de ventajas y aspectos positivos como son la tranquilidad de no tener más hijos, la posibilidad de dedicarse a otras actividades, de desarrollar potencialidades de realización personal en campos artísticos, académicos, económicos, o sociales.

4. Matrimonio.

El tener un adecuado ajuste matrimonial es un factor de suma importancia en la manera como se vive o afronta esta etapa. Al mismo tiempo este período puede representar una prueba severa para el matrimonio. Con los hijos ya en un segundo plano, la pareja debe funcionar otra vez más a nivel conyugal, disponen de más tiempo juntos y ésto puede representar tanto una carga pesada con mayor posibilidad de conflictos como una oportunidad de mayor intimidad. Pueden presentarse intentos de manejar los conflictos antes descritos a nivel personal o matrimonial a través de aventuras extramaritales, de separación o divorcio, con consecuencias destructivas o positivas según las circunstancias. Así como unas personas tratarán de mejorar su vida cambiando de cónyuge, otros intentarán tal vez un cambio de trabajo, sin embargo, para la mayoría va a ser más importante mantener la seguridad en este sentido.

5. Generatividad.

De acuerdo con Erikson en esta etapa de la vida el adulto debe alcanzar generatividad, es decir, un interés vital por el cuidado y guía de las siguientes generaciones. La definición va más allá de la crianza de los hijos. Implica el asumir responsabilidad y liderazgo por el crecimiento y bienestar de otros. Dependiendo de las oportunidades que ofrezca la sociedad ésto puede realizarse siendo líder, maestro, mentor, guía de generaciones más jóvenes o de la sociedad en general.

6. Problemas comunes.

Las crisis normativas de este período traen normalmente un grado variable de ansiedad y de depresión que a su vez desencadenan maniobras compensatorias y defensivas adaptativas o maladaptativas. Estas últimas competen muchas veces al médico o personal de salud para su reconocimiento y manejo. Ejemplos de estos comportamientos mal adaptativos serían el abuso de alcohol, tabaco, comida, tranquilizantes menores, etc.

Uno de los cuadros psiquiátricos más

comunes en esta etapa y en la siguiente de vejez es la Depresión, sea debida a una enfermedad afectiva preexistente o que comience por primera vez. La prevalencia de la Depresión en estas últimas etapas del ciclo vital se debe en parte a la frecuencia de pérdidas de variada índole, sean económicas, por muerte de seres queridos, mala salud física, de estatus y rol, etc. Consecuente con esto se observa también un aumento de la tasa de Suicidio en estas últimas dos etapas del ciclo vital.

VEJEZ

Tradicionalmente se ha considerado el comienzo de la vejez en forma arbitraria alrededor de los 65 años, cuando muchos se jubilan. Es preciso recordar sin embargo, que el envejecimiento es un proceso diferente en cada individuo, en algunas personas ocurre rápidamente y en otras es un proceso muy lento.

Lidz considera 3 fases en esta etapa, fases que no son bien delimitadas ni tampoco ocurren necesariamente en todas las personas: vejez, senectud y senilidad.

1. Integridad y otros aspectos psicológicos.

Para Erikson la integridad es la meta crítica de la vejez e implica la aceptación del propio ciclo vital; ya es demasiado tarde para comenzar algo pero la persona puede usar sus experiencias, conocimiento acumulado para culminar su vida y ayudar a aquellos que vienen detrás. La contraparte de la integridad sería la desesperanza, es decir, un sentimiento de que se ha malgastado el tiempo asociado a amargura y resentimiento consigo mismo y con los demás.

Otra meta psicológica importante de la vejez es el alcanzar un sentido de **culminación**. En otras palabras, redondear, revisar, poner las cosas en orden.

En la vejez el individuo debe ser capaz de **manejar y disfrutar el ocio**, el descanso y el tiempo libre. Psicológicamente puede experimentar inversión de algunos de los desarrollos alcanzados en la adolescencia; disminuye el impulso sexual; aumentan las necesidades de dependencia; disminuyen las diferencias físicas entre los sexos (incluso con rebaja de la estatura por cambios en los discos intervertebrales y en la postura). En lugar de orientarse hacia el futuro se vuelve cada vez más al pasado. Con la senilidad disminuye o se pierde la capacidad de pensamiento conceptual. Finalmente en algún momento el anciano tiene que absorber la pérdida de su compañera (o).

2. Jubilación.

Las actitudes emocionales del individuo hacia el retiro han ido cambiando y parece que el parámetro que mejor se correlaciona con la aceptación de este evento es la seguridad económica que permite mantener el mismo nivel de vida.

Algunos profesionales como los médicos por ejemplo prácticamente nunca se jubilan a no ser que se vean forzados por razones de salud. La jubilación puede traer problemas especialmente cuando se asocia con pobreza, mala salud y soledad. Además hay otros factores como la pérdida de prestigio, el manejo del ocio y la reactivación de dificultades previas con el cónyuge.

La satisfacción que puede haber después de la jubilación, o en general, en la vejez, depende en mayor medida de la actitud que se tenga hacia este período, que del hecho de encontrar actividades para llenar el tiempo. Para algunos, no es sólo una época de declinación y espera, sino, de crecimiento, en la cual la experiencia y la sabiduría acumuladas pueden todavía usarse. El aspecto de generatividad mencionado en la etapa anterior de la edad madura, puede y debe seguir siendo muy activo y prominente en la vejez.

3. Vejez.

La fase de Vejez propiamente dicha ocurre arbitrariamente a partir de los 65 años. Fuera de los cambios creados por la jubilación, la persona en esta fase no presenta diferencias mayores en relación a la etapa de edad madura media inmediatamente ante-

rior. El individuo es capaz y competente para cuidar de sí mismo y de sus asuntos.

En general se ha comprobado que los ancianos que se mantienen activos van a sentirse emocionalmente mejor que aquellos que reducen sus actividades. Las actividades varían ampliamente desde el trabajo hasta el tiempo dedicado a la lectura, la meditación o las reminiscencias.

El envejecimiento debe considerarse obviamente un estado normal del desarrollo. Existe la tèndencia de mirar a los viejos como un grupo homogéneo, lo cual constituye un error, ya que no estamos teniendo en cuenta las diferencias que existen dentro de este grupo en niveles de funcionamiento, valores culturales, o en la manera como se hayan manejado otras fases previas del desarrollo. Cuando se mira al viejo a menudo se pierde de vista que no sólo importa el paso del calendario sino los aspectos psicológicos, biológicos y sociales propios de la persona. El viejo enfermo llega más a la atención del público que el sano induciendo la idea estereotipada de que el envejecimiento en sí es un proceso patológico que lleva a un estado de incapacidad física y mental. Estrechamente ligado con ésto, está el mito del deterioro mental progresivo en la vejez.

Muchos han asumido que el deterioro mental es un concomitante inevitable a medida que la edad avanza. Un argumento en contra de ésto, es el hecho de que varios estudios han señalado que la incidencia de psicopatología mayor, de origen orgánico, en los viejos, es sólo de un 5 a un 10o/o. Otro mito es el de el deterioro físico inevitable. Estudios longitudinales llevados a cabo en la Universidad de Duke, han concluído que a pesar de que sí hay una tendencia a un declinamiento general en las funciones físicas, ésto no es necesariamente tan marcada como la mayoría de la gente cree.

Otra conclusión importante de los estudios antes mencionados, es que la satisfacción en el trabajo, particularmente en los hombres, es un índice confiable de longevidad, así como el hecho de que mientras más útiles se sientan, tanto el hombre como la mujer en esta etapa, mayor longevidad tendrán.

Un mito destruído por las investigaciones que comenzaron con Kinsey, y continuaron con Masters y Johnson es que los viejos pierden la capacidad de respuesta sexual. Aunque la frecuencia y la intensidad de las relaciones sexuales, disminuyen con la edad, la gratificación de tipo psicológico y físico puede persistir.

Entre los cambios importantes que ocurren en la vejez está frecuentemente el cambio de residencia. De acuerdo con las circunstancias este puede ser positivo o negativo pero de todas maneras al ser un cambio es una situación potencialmente crítica.

Relación matrimonial.

A medida que las actividades se restringen la relación de pareja se vuelve más importante. Aumenta la interdependencia, la tolerancia y la cercanía.

Tarde o temprano la invalidez o la muerte traerá una crisis mayor. El sobreviviente no sólo tendrá que manejar el duelo por la pérdida del cónyuge sino que algunas veces tendrá que adaptarse a depender de otros. El cónyuge que sobrevive es comunmente la esposa ya que hay cinco veces más viudas que viudos.

4. Senectud.

Para el anciano es muy importante vivir con dignidad, cuidar de sí mismo y de su cónyuge y poder manejar sus asuntos. Teme profundamente volverse dependiente y ser una carga. Una minoría de los ancianos continúan lúcidos y competentes en edades avanzadas. Muchos sin embargo, por trastornos físicos o cambios en circunstancias vitales se tornan gradualmente más dependientes lo cual constituye otro cambio crítico en estatus. La dependencia al afectar la autosuficiencia mina la estima propia y produce ansiedad y fricción.

5. Senilidad.

Esta fase caracterizada por cambios irreversibles en el SNC asociados con dependencia y regresión extremas no ocurre en todos

los ancianos ni siquiera en los de edad muy avanzada. Pero cuando sobreviene, el individuo no es capaz de cuidar de sí mismo; además no sólo vive en el pasado sino que se comporta como si estuviera en el pasado. Frecuentemente el comportamiento puede ser psicótico; hay pérdida del control sobre impulsos y emociones en forma de ataques de rabia, excitación psicomotora y desconfianza marcada, así mismo como conductas sexuales inapropiadas (pedofilia; exhibicionismo; voyerismo).

6. Problemas comunes.

El gran número de pérdidas tanto normativas como accidentales que usualmente padecerá el individuo si llega a una edad avanzada hacen que estas crisis provoquen algún grado de ansiedad y depresión, las que en algunos casos van a necesitar tratamiento por su intensidad.

Desde el punto de vista psiquiátrico merecen especial mención la Depresión y las Demencias y los cuadros de Confusión Mental o de Delirio. Se estima que aproximadamente el 10% de las personas mayores de 65 años presentan un deterioro intelectual clínicamente importante, y varios estudios han mostrado que de un 10 a 30% de estos casos de demencia se deben a una condición reversible con tratamiento específico.

MUERTE

La muerte es la última parte del ciclo vital y constituye una experiencia universal e inevitable. Se comparte con todas las especies animales pero sólo la especie humana es consciente de ella. Esta fase final del ciclo vital, despierta según la cultura, grados variables de fascinación, reverencia y temor.

1. Aspectos culturales.

Las actitudes de la cultura occidental hacia la muerte no han sido siempre las mismas. En sociedades desarrolladas, o aún en la nuestra vemos especialmente en las clases más altas una cierta tendencia a alejar la muerte de muchas maneras. Muchas personas hoy en día mueren en hospitales más que en sus casas. La velación del difunto se realiza con mayor frecuencia en sitios especializados para ello. Se ha vuelto de uso común ciertos eufemismos para designar la muerte como "desapareció", "descansó", etc. Algunas familias llegan incluso al extremo de ocultar la muerte de seres queridos o animales favoritos a los niños para no "traumatizarlos". De otro lado el desarrollo de medios de comunicación ha estimulado el aspecto impersonal de la muerte. El niño y el adulto, en la actualidad, están bastante inmunizados contra la noticia de que murieron 150 campesinos en el Salvador o 400 en Cambodia.

2. Actitudes hacia la muerte durante el Ciclo Vital.

Las actitudes hacia ella varían de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre el individuo. El niño alcanza cierta conciencia de la muerte alrededor de los 4 ó 5 años de edad, pero su preocupación básica es la ansiedad de separación. Teme tanto o más el deceso de sus padres que el propio, y además el pensamiento mágico normal de esa edad le impide apreciar esta y sus consecuencias en forma real. Un poco más tarde, a los 8 ó 9 años el desarrollo intelectual del niño le permite apreciar más plenamente la muerte como algo final e irreversible. Con el matrimonio y la paternidad, la preocupación por la muerte propia está íntimamente ligada a la situación del cónyuge y de los hijos. Para el anciano la muerte puede asumir un significado diferente. El individuo puede haber llegado al convencimiento de que su ciclo vital se cumplió, de que está solo y entonces ésta no aparece como algo tan temido, sino que de acuerdo a sus creencias, significará el evento que lo reunirá con otros o, que terminará su soledad. Otros sin embargo, temen mucho a la muerte, y paradójicamente son aquellos que no consideran haber vivido, bien por presiones externas o por limitaciones neuróticas o de carácter.

3. Aspectos Médicopsiquiátricos de la muerte.

El médico y el personal para-médico tienen una relación muy especial con la muerte. La confrontan como al antagonista eterno contra la cual defienden su paciente, vez tras vez, hasta que llega un momento en que tienen que aceptar humildemente los postulados hipocráticos de aliviar y facilitar el paso de la vida a la muerte. Se considera que la educación médica tradicional tiende a producir en el médico una actitud fría e impersonal, aunque de todas maneras el médico tiene que desarrollar cierta dureza pues no puede hacer un duelo con cada muerte. Para contrarrestar esta actitud deshumanizadora, se reconoce recientemente que el tema de la muerte y de manejo del paciente moribundo debe ser una parte integral del plan de estudios médico.

a. Duelo. El duelo normal es la reacción psicológica que se da después de la muerte de un ser querido. Cuando la muerte se puede preveer como en los casos de enfermedades graves y fatales, se da un duelo anticipado. Tanto en estos casos como en los de muerte repentina se dan ordinariamente tres etapas. La primera, de impacto, se caracteriza por ansiedad intensa seguida rápidamente del mecanismo de negación con el cual se experimenta una sensación de irrealidad y de que no puede ser cierto. Posteriormente hay llanto copioso o control excesivo. Esta etapa dura horas o días. La segunda fase de duración también variable (semanas a meses) está caracterizada por depresión: preocupación por la imagen del muerto, tristeza, rabia, culpabilidad, sueños con la persona que murió, y algún grado de insomnio y anorexia. La tercera fase es de recuperación y resolución en la que lentamente se van atenuando los vínculos emocionales con el difunto.

La duración del proceso de duelo normal depende de factores personales y culturales. La terminación está señalada generalmente cuando la persona vuelve a responder plenamente y con actividad en el trabajo, recreación y vida emocional.

Se calcula que una persona puede experimentar de 10 a 15 muertes significativas de seres queridos durante su ciclo vital. El estudiante de medicina, o el médico joven, a menudo no han pasado por la experiencia de un duelo y les será más difícil empatizar con la situación del paciente moribundo o de su familia.

b. Duelo patológico. El llamado Duelo Patológico es difícil de definir estrictamente. Se puede diagnosticar en los siguientes casos: 1) detención del proceso. El paciente muestra síntomas típicos por períodos largos de tiempo sin evidencia de mejoría o recuperación. 2) exageración de síntomas durante el proceso de duelo. Por ejemplo, negar que la muerte ocurrió, o desarrollar síntomas de Depresión mayor, o riesgo de suicidio.

Las relaciones interpersonales caracterizadas por extremada dependencia, ambivalencia, hostilidad y culpabilidad pueden predisponer a un duelo patológico.

c. Suicidio. Al ser el hombre el único ser viviente consciente de su propia muerte, puede en un momento dado considerar la decisión de vivir o morir. El suicidio está considerado en otros capítulos de este libro.

d. Paciente moribundo. El cuidado del paciente moribundo es parte integral del ejercicio médico y el doctor debe ser capaz de afrontar y ayudar al paciente moribundo y a su familia. En las últimas décadas con el desarrollo tecnológico de la medicina el médico tiende muchas veces a evitar la situación del paciente terminal, abandonándolo prácticamente al cuidado del personal para-médico y de la familia. Ha imperado también la tendencia a evitar que el paciente se entere de lo que le espera. Estas actitudes pueden ser entendidas si se tiene en cuenta que la escogencia de la carrera médica para algunos puede deberse a un especial temor a la muerte, o que, los médicos pueden tener en forma prominente ciertos remanentes de omnipotencia infantil. De cualquier forma, la muerte del paciente confronta al médico con su propia mortalidad y con sus limita-

ciones, lo cual puede ser difícil de aceptar para algunos, llevándolos a veces a manejar la situación abandonando al paciente, o sobre protegiéndolo y comprometiéndose en forma excesiva con él.

Los estudios de Kubler Ross sobre el paciente moribundo se malentienden con frecuencia, llevando a pensar, que lo que se debe hacer es informar a todo paciente con una enfermedad fatal, que va a morir. Realmente esto no es así. Algunos pacientes necesitan y quieren ser informados acerca del pronóstico de su enfermedad, otros no. Algunos se derrumbarán psicológicamente con el conocimiento de su próxima muerte, para otros, será una oportunidad de estrechar vínculos con su familia y amigos y de vivir esta última etapa de sus vidas con dignidad y conciencia. No existe una regla general que le diga al médico cuando deberá informar al paciente. Un médico alerta y que lo conozca, usualmente percibirá cuándo éste no quiere, al menos conscientemente saber que tiene una enfermedad fatal. Las expresiones verbales como: "doctor si me encuentra algo grave, dígamelo", no debe ser el único parámetro para el médico decidir este dilema. Hay que tener en cuenta también la personalidad previa del paciente, como ha sido el manejo de otras situaciones de crisis, y si las circunstancias reales de su vida requieren que él sepa la verdad para poner sus asuntos en orden, etc.

De todas maneras se considera que el paciente terminal, puede captar su situación de varias formas como: actitudes no verbales del médico o del personal paramédico, la agravación de su estado físico, o la actitud de sus familiares. Sin embargo, el paciente utiliza muchas veces el mecanismo de negación y por lo tanto, a nivel consciente al menos rehuirá estos mensajes.

En cualquier caso la familia o la persona responsable debe ser informada por el médico de la situación de gravedad del paciente, recordando que puede ser necesario repetir la información dada a los familiares ya que ellos también pueden usar la negación como mecanismo de defensa.

Más importante que el decir, o nó, al paciente es el cómo se le dice, cuándo se le dice y cuánto se le dice. Este puede no estar listo para saberlo todo a la vez. A veces bastará con preguntarle sobre lo que él entiende o las sospechas que tiene sobre su enfermedad. Cuando se tocan estos temas el médico debe darle tiempo para preguntar y discutir la situación y no comentarle secamente lo que le pasa para luego cortar el diálogo por la incomodidad que le produce.

Fuera de los aspectos ya tratados el médico deberá tener en cuenta cuán importante es el alivio del dolor físico en el paciente terminal y sobre todo el alivio del otro tipo de dolor, o sea el alivio de ansiedad. Muy frecuentemente la ansiedad va a estar estrechamente ligada a la percepción de abandono o de soledad que experimenta el paciente cuando el médico lo abandona puesto que "ya no hay nada que hacer".

BIBLIOGRAFIA

Erikson, E. Childhood and Society. W.W. Norton, New York, 1950.

Erikson, E. Identity: Youth and Crises, W.W. Norton. New York, 1968.

Freud, S. Introductory lectures on psychoanalysis. In Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. No. 16, Hogarth Press, London. 1954.

Freud, S. New Introductory lectures. En Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 22. Hogarth Press. London. 1962.

Inhelder, B. y Piaget, J. The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence. Basic Books, New York. 1958.

Lidz, T. Person. Basic Books. New York, 1976.

Offer, D. y Offer, J. From teenage to young Manhood. Basic Books. New York, 1975.